



HAL
open science

Effets d'un atelier-contes auprès de personnes atteintes de démence de type Alzheimer : expérimentation sur un groupe de quatre sujets

Marion Sautet

► To cite this version:

Marion Sautet. Effets d'un atelier-contes auprès de personnes atteintes de démence de type Alzheimer : expérimentation sur un groupe de quatre sujets. Sciences cognitives. 2010. dumas-01302603

HAL Id: dumas-01302603

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302603v1>

Submitted on 14 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Marion SAUTET
Née le 4 avril 1987

Université Victor SEGALEN - Bordeaux 2

Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

Effets d'un atelier-conte auprès de personnes
atteintes de Démence de Type Alzheimer

Expérimentation sur un groupe de quatre sujets

Année universitaire 2009-2010

Marion SAUTET
Née le 4 avril 1987

Université Victor SEGALEN - Bordeaux 2

Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

Effets d'un atelier-conte auprès de personnes
atteintes de Démence de Type Alzheimer

Expérimentation sur un groupe de quatre sujets

Année universitaire 2009-2010

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Mademoiselle SEUVE, qui m'a encadrée tout au long de cette étude. Sa patience, son écoute et sa disponibilité à mon égard ont été une aide précieuse, tout comme son expérience qui m'a beaucoup aidée lors des premières difficultés.

Merci au docteur AH SOUNE, gériatre, et à Monsieur BOZZA, directeur de l'EHPAD les Fontaines de Monjous, qui ont accepté mon intervention sur place et auprès de leurs patients, ainsi qu'au personnel aide-soignant et aux stagiaires.

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur BOUCHER, infirmier, Madame GERARDI, animatrice spécialisée et Madame BARRIETY, psychologue, pour tous leurs renseignements. Ces remerciements s'adressent également à la Fondation Médéric Alzheimer et plus précisément à Madame AGUILAR, conteuse, qui a eu la gentillesse de me transmettre les résultats de leur étude.

Merci également à Madame FERRERO et à Madame ROBERT, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Un grand merci, bien sûr, à Madame P., Madame Mau., Madame Mas., Madame D. ainsi qu'à leur famille, sans qui cette étude n'aurait pas pu aboutir. Les moments passés auprès de ces quatre personnes furent extrêmement enrichissants et m'ont permis de développer un autre regard sur la maladie d'Alzheimer et sur la pratique orthophonique.

Enfin, je remercie particulièrement toutes les personnes qui m'ont soutenue, encouragée et (re)lue. Sans elles, cette année de recherche aurait été certainement moins aisée et je salue leur ouverture d'esprit ainsi que leur disponibilité.

Merci à ma famille, à mon compagnon et à mes amis.

Sommaire

Remerciements.....	4
Introduction.....	10
1. Maladie d'Alzheimer.....	12
1.1. La maladie.....	12
1.1.1. Définition et découverte de la maladie d'Alzheimer et des DTA.....	12
1.1.2. Manifestation des troubles.....	14
1.1.2.1. Les troubles cognitifs.....	14
1.1.2.1.1. Troubles de la mémoire.....	15
1.1.2.1.2. Troubles du langage et de la communication.....	17
1.1.2.1.3. Troubles de l'orientation temporelle et visuo-spatiale.....	18
1.1.2.1.4. Troubles attentionnels.....	18
1.1.2.1.5. Troubles praxiques.....	18
1.1.2.1.6. Troubles gnosiques.....	19
1.1.2.1.7. Troubles des fonctions exécutives.....	19
1.1.2.2. Les troubles non cognitifs.....	19
1.1.2.2.1. Troubles psycho-comportementaux.....	19
1.1.2.2.2. Syndrome de Capgras.....	21
1.1.2.2.3. Symptômes neurologiques.....	21
1.1.2.3. Troubles des fonctions périphériques.....	22
1.1.3. Le diagnostic et l'avancée de la maladie.....	22
1.2. La communication des sujets atteints de DTA.....	23
1.2.1. La communication non verbale.....	23
1.2.1.1. Communication non verbale active.....	24
1.2.1.2. Communication non verbale passive.....	24
1.2.2. Les particularités de la communication verbale.....	25
1.2.2.1. Lien entre la communication verbale et l'avancée de la DTA.....	25
1.2.2.1.1. Le MMS de FOLSTEIN et la classification des différents degrés d'atteinte qu'il propose.....	25
1.2.2.1.2. La communication que l'on peut attendre à chaque degré d'atteinte.....	25
1.2.2.2. Les spécificités de la communication verbale des sujets atteints de DTA selon KHOSRAVI (2007).....	27
1.2.3. L'importance de communiquer avec les sujets atteints de DTA.....	28
1.3. Les prises en charge proposées.....	29
1.3.1. Traitements médicamenteux.....	30

1.3.2	Prises en charge psychologiques	30
1.3.3	Prises en charge institutionnelles dites « thérapeutiques » de PLOTON (2004).....	32
1.3.3.1.	Les objectifs thérapeutiques.....	32
1.3.3.2.	Le concept de sociothérapie.....	32
1.3.4	Prises en charge paramédicales.....	32
1.3.4.1.	Ergothérapie	33
1.3.4.2.	Kinésithérapie	33
1.3.4.3.	Psychomotricité	33
1.3.4.4.	Orthophonie.....	34
1.3.5	Les ateliers de stimulation	39
1.3.5.1.	Qu'entend-on par « stimulation » ?	39
1.3.5.2.	Pourquoi stimuler un sujet atteint de DTA ?	39
1.3.5.3.	Exemples de stimulations sous forme d'ateliers	40
2.	Le conte.....	43
2.1.	La genèse du conte	43
2.1.1.	Quelques définitions du conte.....	43
2.1.1.1.	Définitions générales	43
2.1.1.2.	Classification internationale d'AARNE-THOMSON (1961).....	44
2.1.1.3.	Le formalisme de PROPP ou l'analyse structurale des contes.....	45
2.1.2.	L'histoire du conte	45
2.1.3.	Quelques grands auteurs de contes	46
2.1.3.1.	Charles PERRAULT.....	46
2.1.3.2.	Les frères GRIMM	47
2.1.3.3.	Hans Christian ANDERSEN	47
2.1.3.4.	Marcel AYMÉ.....	47
2.1.3.5.	Les auteurs-contes du XXI ^e siècle	47
2.2.	Le conte et ses vertus	48
2.2.1	Les réflexions de FÈVRE	48
2.2.1.1.	Les fonctions du conte	48
2.2.1.2.	La dynamique des contes.....	50
2.2.2	L'approche de BETTELHEIM	51
2.2.3	Autres réflexions contemporaines.....	53
2.2.3.1.	Françoise ESTIENNE	53
2.2.3.2.	Jean-Marie GILLIG	54
2.2.3.3.	Henri GOUGAUD	55
2.3.	Le conte aujourd'hui.....	56
2.3.1.	Avec qui et comment le conte est-il utilisé ?.....	56
2.3.1.1.	ESTIENNE ou le conte en orthophonie	57

2.3.1.2.	LAFFORGUE et les ateliers-conte thérapeutiques	58
2.3.1.3.	GILLIG : le conte en pédagogie	58
2.3.2.	Réflexions actuelles concernant la maladie d'Alzheimer	59
2.3.2.1.	Un mémoire orthophonique démontrant la pertinence des ateliers-conte comme support de stimulations cognitives avec des personnes âgées souffrant de pathologies de la mémoire	59
2.3.2.2.	Une étude soutenue par la Fondation Médéric Alzheimer : « Évaluation des effets de l'atelier-conte auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée »	60
3.	Problématique et hypothèse	64
4.	Méthodologie de notre étude	67
4.1.	Lieu des ateliers-conte.....	67
4.2.	Nos patients.....	67
4.2.1.	Critères d'inclusion	67
4.2.2.	Critères d'exclusion.....	68
4.2.3.	Présentation des patients.....	68
4.3.	Les démarches administratives.....	72
4.4.	Déroulement d'un atelier-conte.....	73
4.5.	Contes utilisés.....	74
4.6.	Grille d'analyse.....	76
4.6.1.	Élaboration de la grille	76
4.6.2.	Définition des items de la grille	78
4.6.3.	Utilisation de la grille	84
5.	Résultats de notre étude	86
5.1.	Analyse des résultats et évolution de chaque patient	86
5.1.1.	Mme P.....	86
5.1.2.	Mme Mau.	90
5.1.3.	Mme Mas.	94
5.1.4.	Mme D.	98
5.2.	Conclusion de ces résultats.....	102
6.	Discussion	109
6.1.	Les limites de notre étude	109
6.1.1.	Une étude clinique et non statistique	109
6.1.2.	Les patients de notre étude.....	109
6.1.3.	Des difficultés sur place qui ont nui au bon déroulement de l'étude	110
6.2.	Les nuances à apporter à nos résultats	110
6.2.1.	L'effet groupe à ne pas écarter.....	110
6.2.2.	Cohérence du discours : à discuter.....	111
6.3.	Lien entre nos résultats et les précédentes études sur la DTA et les ateliers-conte.....	111

6.4. Conseils et pistes d'intervention	112
Conclusion.....	115
Bibliographie.....	116

Introduction

« Faites silence, faites silence, voici mon conte qui commence »

Introduction

La maladie d'Alzheimer. Découverte et nommée il y a maintenant plus d'un siècle, cette démence a été et continue toujours d'être l'objet d'études scientifiques, médicales et paramédicales. Si l'avancée des techniques médicamenteuses et thérapeutiques est considérable, il reste encore de nombreux points d'interrogation, tant au niveau des traitements que de la prise en charge. Aujourd'hui, il est possible de ralentir la dégénérescence cérébrale et d'accompagner au mieux les malades et leur famille. Peut-être viendrons-nous un jour à bout de cette maladie qui touche de plus en plus de personnes au fil des ans...

La prise en charge orthophonique fait partie de celles qui sont proposées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Plusieurs approches se sont succédé : de nos jours, c'est l'approche cognitivo-comportementale qui est mise en avant.

Un large choix d'activités et d'exercices est proposé aux patients. De même, les ateliers de groupe sont de plus en plus utilisés pour solliciter les capacités cognitives : atelier mémoire, atelier cuisine, atelier musique, art-thérapie, etc.

Depuis peu, c'est l'atelier-conte qui fait l'objet d'études médicales et orthophoniques. En effet, le support conte, déjà utilisé depuis quelque temps auprès d'enfants et d'adultes en difficultés (psychoses, bégaiement, difficultés scolaires...), n'est pas sans effet sur les patients atteints de maladie d'Alzheimer, qui en ont tous entendu ou lu au moins un, le plus souvent dans leur enfance. Réminiscences, questionnements, convivialité... l'atelier-conte regorge d'intérêts pour cette pathologie.

L'essor nouveau du conte auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, ainsi que les études récentes faites à ce sujet, nous ont amenée à nous questionner sur les effets d'un atelier-conte sur cette population et sur les possibilités d'intervention qui s'offrent à l'orthophoniste. Nous nous sommes également intéressée aux réflexions que le conte suscite depuis plusieurs siècles, ce qui nous a permis d'élaborer notre problématique et notre hypothèse. Nous avons alors réfléchi à une méthodologie et mis en place des ateliers-conte auprès d'un groupe de 4 patients atteints de Démence de Type Alzheimer (DTA) ou présentant un profil de type Alzheimer, ceci dans le but de vérifier notre hypothèse et de proposer une réponse à notre problématique.

Dans ce mémoire, nous allons tout d'abord présenter la maladie d'Alzheimer, puis exposer la théorie du conte, ce qui mènera à notre problématique et à notre hypothèse. Par la suite, nous présenterons la méthodologie mise en place, ainsi que les résultats de notre étude. Nous finirons par une discussion de ces résultats. Enfin, une conclusion finale viendra clore ce mémoire.

À la fin de cet écrit, nous avons inclus tous les documents qui ont été nécessaires pour mener à bien cette étude (contes et grille d'analyse), ainsi que les données chiffrées sur lesquelles nous appuyons notre analyse (courbes et diagrammes).

La maladie d'Alzheimer

Dans cette première partie, il est question de rappeler la définition de cette maladie et d'exposer les troubles qu'elle engendre chez les personnes qui en sont atteintes.

Nous verrons ensuite quelles sont les caractéristiques de la communication de ces sujets.

Enfin, nous donnerons un aperçu de la prise en charge qui peut être proposée face à cette démence.

« "Alzheimer "... C'est un mal qui vole les cœurs, les âmes et les souvenirs. »

Nicolas SPARKS
Extrait de *Les pages de notre amour*.

1. Maladie d'Alzheimer

1.1. La maladie

1.1.1. Définition et découverte de la maladie d'Alzheimer et des DTA

La maladie d'Alzheimer est classée dans les maladies appelées neuro-dégénératives. Les affections causées par cette dégénérescence cérébrale altèrent la personnalité des personnes atteintes et détériorent de manière irréversible leurs capacités cognitives.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et donc avec le vieillissement de la population, JALENQUES (1999) explique que le monde médical et orthophonique doit faire face à une hausse du nombre de personnes atteintes. En effet, la maladie d'Alzheimer et les troubles de mémoire apparentés sont en grande partie liés à l'âge. C'est-à-dire que, d'une manière générale, plus une personne avance en âge, plus elle présente de risques de développer une maladie d'Alzheimer. Ce phénomène n'est donc pas près de s'arrêter, les avancées et les découvertes dans le domaine médical et de la santé faisant reculer l'âge du décès. En termes de chiffres¹, pour la France, l'étude « PAQUID² » (1988-2001) a fait ressortir que 17,8 % des personnes de plus de 75 ans étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. De plus, d'après une évaluation ministérielle de 2004, environ 860 000 sujets seraient touchés par la maladie d'Alzheimer, toujours en France. Ce chiffre pourrait atteindre 1,3 million en 2020 et 2,1 millions en 2040. Devant tous ces chiffres, cette maladie semble apparaître comme le « mal » de notre siècle, auquel il faut faire face afin d'assurer les soins médicaux, les prises en charge paramédicales et le soutien indispensable aux patients comme aux aidants.

Revenons à la « découverte » de la maladie : c'est Aloïs Alzheimer, médecin psychiatre, neurologue et neuropathologiste allemand, qui donna son nom à cette

¹ Données relevées sur le site internet http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_d%27Alzheimer. L'article se base sur des documents de l'Observatoire National sur la Recherche sur la maladie d'Alzheimer (ONRA) et de l'étude PAQUID.

² « PAQUID », ou Personnes Agées QUID, est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible.

maladie en 1907, après avoir examiné le cerveau d'une patiente décédée à l'âge de 51 ans, qui présentait une démence, des hallucinations visuelles ainsi que des troubles de l'orientation. Un deuxième cas vient confirmer ses recherches en 1911. Depuis, de nombreuses découvertes ont ponctué le XXe siècle concernant les causes, le diagnostic, les traitements et les soins. Les travaux de recherche en cours donnent l'espoir qu'un jour il sera possible de ralentir la maladie et peut-être, dans un futur plus lointain, de stopper son avancée.

Communément, il y a deux formes de maladies d'Alzheimer : l'une appelée « familiale », et l'autre dite « sporadique ». La forme familiale, comme son nom le laisse deviner, est une forme génétique. Sa transmission est de type autosomal dominant. Elle représente moins de 5% des cas de maladie d'Alzheimer et son évolution est courte avec une survenue très rapide de signes neurologiques. Elle survient plus précocement que la forme sporadique – soit un âge de début vers 50 ans (voire 30 ans dans certains cas), au lieu de 65 ans pour la forme sporadique - qui est la forme la plus répandue de la maladie. Celle-ci se caractérise par une hétérogénéité clinique au niveau de l'âge de début (avant ou après 65 ans), de l'évolution (lente ou rapide), des signes neurologiques associés ou encore de la sémiologie neuropsychologique.

Enfin, comme le précise ROUSSEAU (1999), aujourd'hui il est considéré que la maladie d'Alzheimer et les démences séniles avec lésions cérébrales de type Alzheimer ne sont qu'une seule maladie, appelée Démence de Type Alzheimer (DTA). C'est ce terme que nous allons utiliser dans notre étude, car nous le jugeons mieux adapté à cette dernière.

Selon les critères du DSM-IV, le diagnostic de DTA est fondé sur :

- L'apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent à la fois une altération de la mémoire et une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives.
- Les déficits des critères cognitifs précédents sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- Les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif, ni à des affections générales pouvant entraîner une démence, ni à des affections induites par une substance.

- Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale.
- Enfin, la perturbation n'est pas expliquée par un trouble dépressif ou une schizophrénie.

1.1.2. Manifestation des troubles

Nous jugeons ici utile de faire un rappel des troubles causés par la DTA, en plus de ceux qui touchent plus spécifiquement le langage et la communication, car il est nécessaire d'avoir un aperçu de la dégradation cérébrale et de tout ce qu'elle engendre, afin de mieux visualiser le patient « type » de notre étude. De plus, les lésions des fonctions cérébrales ayant des conséquences intriquées, chacune d'elles vient affecter le langage et la communication de manière plus générale.

Les lésions cérébrales progressives (caractérisées par des plaques séniles ainsi qu'une dégénérescence neurofibrillaire) entraînent différents troubles qui vont survenir en fonction des zones lésées. Ce sont les troubles qui concernent la mémoire qui surviennent en premier. Aussi, ce n'est que lorsque d'autres altérations cognitives et des troubles du comportement vont apparaître, que l'on suspectera une DTA. En effet, au tout début de la maladie, cette dernière passe inaperçue : les étourderies des malades sont souvent banalisées et mises sur le compte du vieillissement dit « normal ». Plus tard, ce seront les troubles du comportement et de l'humeur qui feront tout le poids de cette maladie. Il est dit que c'est l'entourage du malade qui souffre le plus...

Parmi le tableau « symptomatique » des DTA, nous distinguerons les troubles cognitifs (troubles de la mémoire, du langage, de l'orientation, de l'attention, des praxies et des gnosies), des troubles non cognitifs (troubles psycho comportementaux, Syndrome de Capgras, symptômes neurologiques).

1.1.2.1. Les troubles cognitifs

1.1.2.1.1. Troubles de la mémoire

Rappelons que nous possédons plusieurs types de mémoires. Dans les DTA, toutes ne sont pas atteintes en même temps et certaines sont épargnées. C'est la fonction mnésique qui est atteinte en premier dans ces démences et est un symptôme révélateur dans 75% des cas.

Voici un schéma représentant nos différents types de mémoire :

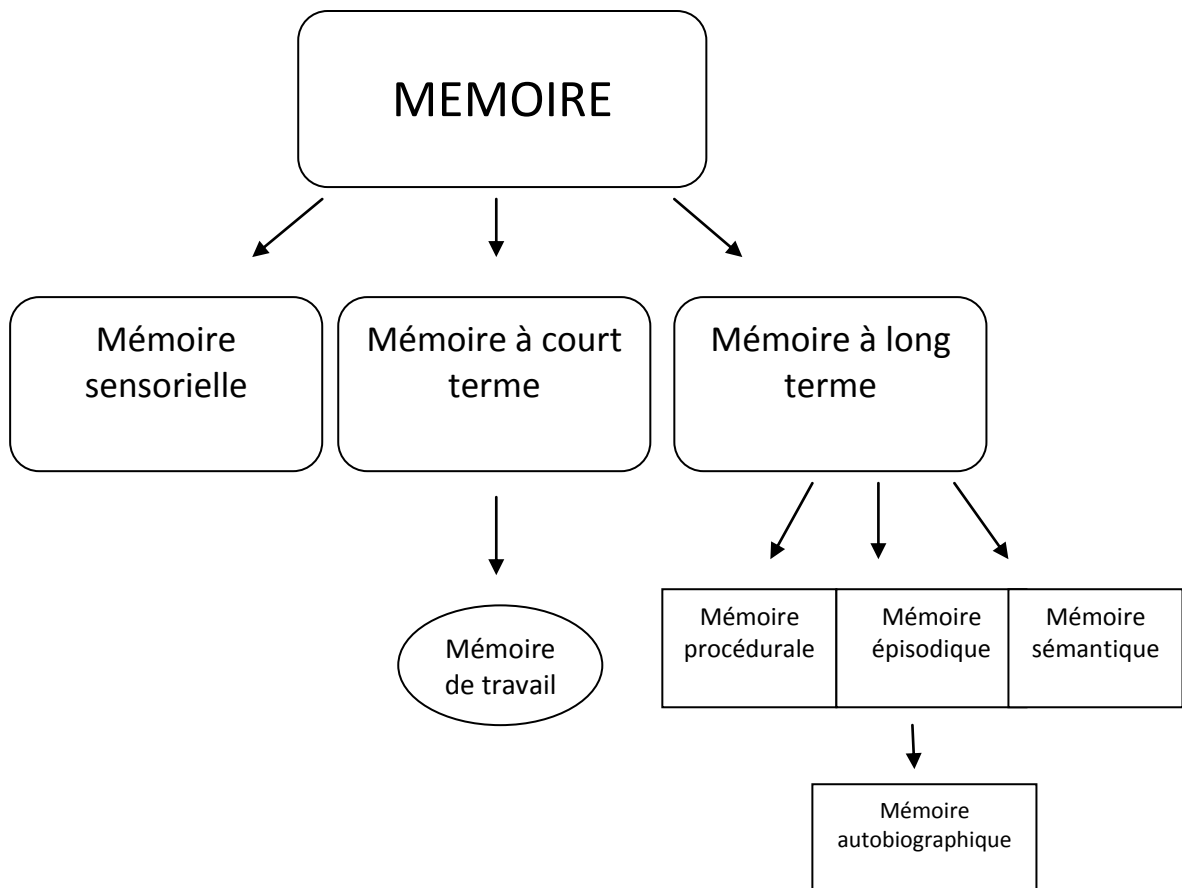


Schéma réalisé à partir des données théoriques de TOUCHON et PORTET (2002) et celles de BADDELEY, CONWAY et AGGLETON (2002).

➤ **Mémoire à court terme (MCT)**

Elle intervient après le transfert d'information provenant de la mémoire sensorielle et permet le traitement de cette information pendant son stockage même. Elle est, en outre, le support de la mémoire de travail. La MCT est altérée dès le début de la maladie, entraînant de nombreuses répétitions de la part de l'entourage car le sujet est incapable de fixer une information.

La mémoire de travail intervient pour maintenir temporairement une information et la manipuler pendant l'accomplissement d'une autre tâche. Elle est très rapidement déficitaire dans les DTA et son atteinte peut fortement perturber de nombreux actes de la vie quotidienne du patient.

➤ *Mémoire à long terme (MLT)*

Elle permet le stockage d'une information de façon permanente (de quelques minutes à plusieurs années). Elle concerne les faits récents comme les faits anciens. On distingue la mémoire explicite et la mémoire implicite en fonction des modalités d'acquisition de l'information.

La mémoire implicite (ou mémoire procédurale) permet les apprentissages inconscients et l'acquisition d'une habileté perceptive, motrice, verbale ou sensorielle. La mémoire explicite, quant à elle, est une mémoire où les acquisitions se font de façon consciente et volontaire. Ce type de mémoire contient la mémoire épisodique et la mémoire sémantique.

La mémoire épisodique est une mémoire personnelle. Elle permet l'enregistrement d'événements liés au sujet dans un contexte temporo-spatial particulier.

La mémoire sémantique, quant à elle, représente les connaissances du monde en général et est indépendante du vécu personnel.

La mémoire épisodique est altérée avant la mémoire sémantique et, plus les épisodes de la vie du patient sont récents, plus leur conservation est difficile. D'une manière générale, la mémoire explicite est précocement altérée dans la DTA, ce qui limite les capacités d'apprentissages au début de la maladie et ce qui les rend impossibles à la fin.

1.1.2.1.2. Troubles du langage et de la communication

Ils sont fonction du degré de la dégradation cérébrale, mais aussi du niveau antérieur de langage du malade et du milieu plus ou moins stimulant dans lequel il évolue. Plus celui-ci est stimulant et plus le patient est entouré, moins vite se fera la dégradation des capacités langagières et de communication.

Au début de la maladie, ce sont des troubles de l'évocation lexicale qui sont remarqués. Le malade est sujet au manque du mot dans ses conversations, qui n'est alors pas handicapant, car le malade a encore la capacité de formuler des périphrases et autres contournements efficaces. La compréhension orale du patient est encore tout à fait opérante. Mais au fur et à mesure de l'installation de la démence, le langage oral du patient va s'appauvrir, ses phrases seront de plus en plus simples lexicalement et syntaxiquement. Plus tard encore, le discours du patient devient incomplet, les informations et idées sont mal formulées. Plus le malade a des difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre (et à comprendre !), plus il se replie sur lui-même et le risque est alors qu'il se réfugie dans un quasi mutisme. Le versant réceptif du langage se dégrade en parallèle avec le trouble expressif. Des confusions sonores viennent renforcer les troubles de la compréhension. Le malade finit par ne plus suivre les conversations.

Le trouble de la communication est une des conséquences du trouble du langage. Outre le fait que le malade perd son envie de communiquer, c'est la survenue de digressions, de phrases toutes faites, de mots vides de sens, qui marquent le trouble de la communication. Étonnamment, ces formules plaquées arrivent assez souvent de manière pertinente dans la conversation. La pertinence de ces formules serait fonction du niveau d'intelligence du malade et de sa vivacité selon KHOSRAVI (2007). Peu à peu, les mots finissent par perdre leur sens : le concept du mot est atteint.

À un stade avancé de la démence, le malade s'exprime a minima, produit des paraphrasies et jargonne. Des phénomènes d'écholalie et de palilalie se rencontrent également dans le discours du malade. Des délires (hallucinations, illusions, délire verbal) peuvent survenir chez certains patients et viennent renforcer le fossé entre eux et les autres.

Des troubles du graphisme, de la lecture et du calcul sont également présents et freinent la communication. Ils apparaissent parfois de façon plus précoce que les troubles du langage oral (MICHEL, VERDUREAU, COMBET, 2005). Ils sont liés aux troubles perceptifs, praxiques et de la mémoire sémantique. À un stade avancé de la maladie, ce ne sont plus des troubles (dysgraphie, dyslexie, dyscalculie) mais de réelles incapacités (agraphie, alexie, acalculie). Le malade est totalement dépendant, ne comprend plus un message écrit, ne calcule plus, ne peut plus écrire.

1.1.2.1.3. Troubles de l'orientation temporelle et visuo-spatiale

Les troubles sont fonctions du degré de la DTA. Les troubles de l'orientation spatiale commencent par des petits oublis souvent banals (le patient ne sait plus où il a garé sa voiture ou se perd dans la rue) qui deviennent de plus en plus graves au fur et à mesure de l'atteinte (le patient se perd dans sa propre maison, ne sait plus où sont les toilettes...). Les troubles de l'orientation temporelle apparaissent en parallèle avec les troubles de l'orientation spatiale. Le patient perd ses repères temporels d'abord, jusqu'au jour où il ne connaît plus les jours de la semaine. Le temps « s'arrête » alors, le passé prend le dessus sur le présent. Les troubles visuo-spatiaux deviennent fréquents en raison d'une altération de la perception spatiale (ce qui entraîne des difficultés dans la localisation des objets, des lieux...).

1.1.2.1.4. Troubles attentionnels

Ils apparaissent tôt mais seraient en grande partie liés à l'âge du patient. Plus tard, ils rendront encore plus difficiles les doubles tâches.

1.1.2.1.5. Troubles praxiques

Les praxies sont des compétences acquises par apprentissage. Ce sont des automatismes moteurs qui permettent de réaliser une tâche (marcher par exemple). Les troubles praxiques font partie du tableau symptomatique de la DTA, ils apparaissent tardivement par rapport aux troubles exposés précédemment mais peuvent se détecter lors des tests (Figure de Rey). La réalisation des gestes quotidiens est de plus en plus laborieuse au fil du temps.

L'apraxie, en dernier lieu dans la perte des compétences, est l'incapacité à réaliser une activité motrice (alors que les fonctions motrices sont préservées) et l'oubli de la signification des gestes des autres. Il y a quatre types d'apraxies : apraxie visuo-constructive (la première atteinte, est l'impossibilité de reproduire une forme géométrique), apraxie idéomotrice (impossibilité de réaliser des gestes sans support de l'objet réel), apraxie idéatoire (impossibilité de réaliser des gestes avec manipulation de l'objet réel) et apraxie de l'habillement (impossibilité de s'habiller correctement, elle est extrêmement fréquente dans la DTA).

1.1.2.1.6. Troubles gnosiques

Lesgnosies représentent les capacités de reconnaissance, d'identification et de compréhension. Elles reposent sur des automatismes acquis par apprentissage dans un domaine particulier (la reconnaissance des formes par exemple).

Les agnosies deviennent peu à peu majeures au fil de la DTA : agnosie visuelle (difficulté à reconnaître les images d'objets, puis les objets eux-mêmes), prosopagnosie (incapacité à reconnaître un visage) et anosognosie parfois dès le début (non conscience de ses propres troubles).

1.1.2.1.7. Troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives correspondent à la capacité de penser de façon abstraite, de planifier, initier, organiser dans le temps, contrôler et arrêter un comportement complexe devant une situation nouvelle. Ces capacités, ainsi que les capacités de raisonnement et de jugement, sont profondément altérées dans l'évolution de la DTA. Les troubles apparaissent assez précocement par ailleurs et viennent compliquer fortement les relations entre le patient et ses pairs.

1.1.2.2. Les troubles non cognitifs

1.1.2.2.1. Troubles psycho-comportementaux

➤ *Troubles de l'humeur*

KHOSRAVI (2007) énonce quatre états qui viennent s'inscrire dans les troubles de l'humeur : les troubles du contrôle émotionnel, la tristesse consécutive au deuil que le malade doit faire sur lui-même, la dépression et enfin l'inertie.

Les troubles du contrôle émotionnel sont dus principalement aux lésions cérébrales et à la baisse de certains neuromédiateurs. Le malade peut alors passer de l'euphorie au désespoir ou de l'hyperémotivité à l'indifférence manifeste. Ces troubles

sont très compliqués à gérer pour l'entourage et le malade ne peut les expliquer ni les contrôler.

Par ailleurs, le patient est pendant longtemps conscient de ses difficultés et de sa dégradation, sa vie psychique est bel et bien là. Un travail de deuil s'opère alors, qui concerne sa santé, sa dignité, son état mental, son indépendance... C'est un passage très difficile. Ce deuil est valable pour l'entourage du malade.

Quant à la dépression, elle n'est pas une composante de la DTA mais elle peut apparaître chez les malades qui y ont été sujets auparavant.

L'inertie, enfin, (à ne pas confondre avec l'apathie, qui est comme nous le rappelle KHOSRAVI (2007) l'absence de sentiment, d'émotion et d'affect à l'égard de son entourage) finit par marquer les malades qui manquent peu à peu d'énergie et deviennent passifs.

Pour finir, les lésions cérébrales et les modifications biochimiques entraînent des troubles du comportement. Il est alors possible de retrouver une susceptibilité excessive, une agressivité, une anxiété, une agitation vespérale ainsi que des troubles du sommeil chez les sujets malades.

L'hétérogénéité de la DTA fait de chaque sujet un profil unique...

➤ *Modifications de la personnalité*

Aspontanéité, indifférence affective, anhédonie, désintérêt... sont la traduction du processus démentiel et sont en général mal supportés par l'entourage du patient.

➤ *Troubles du comportement moteur*

Il s'agit de comportements stéréotypés (se lever/ s'asseoir, répéter un mot, ranger, déambuler...) mais aussi d'agitation, de fugues ou de comportements agressifs verbaux et/ou physiques. Parfois, ils sont à mettre en relation avec une modification de l'environnement du patient ou une affection organique.

➤ *Troubles des conduites élémentaires*

En général, ces troubles apparaissent tardivement. Il peut s'agir de troubles sexuels, de troubles des conduites alimentaires et d'incontinence (trouble de la maîtrise sphinctérienne).

➤ *Troubles du rythme veille/sommeil*

Ces troubles sont constants. Le sommeil et l'éveil du patient sont de mauvaise qualité, provoquant souvent une hyper somnolence diurne. Le rythme veille/ sommeil, normalement di ou tri phasique, devient poly phasique chez le patient atteint de DTA.

➤ *Troubles psychotiques*

Ces troubles se retrouvent chez les formes évoluées ou bien sont prédictifs d'un déclin cognitif rapide. Il s'agit le plus souvent d'idées délirantes, avec une thématique qui s'articule autour du vol, de l'abandon, de la jalousie, etc.

1.1.2.2.2. Syndrome de Capgras

Il serait présent chez une personne sur trois atteintes de DTA. C'est la « conviction délirante que le conjoint ou l'enfant n'est pas le proche réel mais un imposteur » selon les mots utilisés par TOUCHON & PORTET (2002). Est observée également, dans certains cas, la conviction qu'un parent décédé est toujours présent (le phénomène du compagnon imaginaire). Les hallucinations peuvent être visuelles comme auditives.

1.1.2.2.3. Symptômes neurologiques

Dans les formes familiales, des myoclonies ainsi qu'une hypertonie frontale peuvent être observées. Dans les formes sporadiques, les symptômes neurologiques ne s'observent que très tardivement : crises comitiales, myoclonies non épileptiques, trouble du tonus, akinésie, trouble de la marche, chutes fréquentes, réflexes archaïques...

1.1.2.3. Troubles des fonctions périphériques

La détérioration des capacités visuelles et auditives - normale chez la personne âgée - est aggravée chez les personnes atteintes de DTA. En effet, du point de vue visuel, le malade ne repère plus les trois dimensions, les mouvements oculaires diminuent et se figent, son champ visuel est très diminué. Il sera plus tard perturbé par des bruits périphériques qui, à première vue, ne semblent pas dérangeants. Ces troubles perceptifs sont souvent source d'agitation chez les malades.

1.1.3. Le diagnostic et l'avancée de la maladie

En réalité, il est très difficile de poser un diagnostic de DTA du vivant du malade. Lorsqu'est posé un diagnostic de DTA quand la personne est en vie (après avoir pris en considération des critères d'exclusion), les médecins ne font que suspecter cette maladie, puisque la confirmation du diagnostic de DTA ne peut se faire qu'après autopsie ou biopsie cérébrale.

Le diagnostic de DTA s'appuie sur l'histoire de la maladie (début et évolution des troubles), l'examen clinique du sujet, les résultats à divers tests neuropsychologiques et sur la recherche d'antécédents familiaux. Certains examens de laboratoires (cités plus bas) peuvent venir renforcer ou préciser le diagnostic.

Une échelle qui uniformise les critères de diagnostic a été créée en 1984 par un groupe de travail américain (sur ordre du National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke et de l'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). Ces critères, appelés critères de Mc KHANN, sont au nombre de trois : DTA probable, DTA possible et DTA confirmée.

Voyons quels sont les critères à retenir :

- **DTA probable** : la démence est diagnostiquée de façon clinique au moyen de tests neuropsychologiques, comme par exemple le Mini Mental State (MMS) de FOLSTEIN ou encore l'échelle de démence de BLESSED. Un déficit dans au moins deux fonctions cognitives est observé et une altération progressive de la mémoire et d'autres fonctions cognitives est retenue (langage, habiletés motrices, reconnaissance). Le patient ne doit pas présenter de troubles de la conscience ni d'affection générale ou cérébrale (pouvant justifier les troubles cognitifs). Enfin, la survenue de la démence se situe entre 40 et 90 ans. Les déficits progressifs doivent

diminuer les activités de la vie quotidienne et engendrer des altérations des modèles de comportement. Le fait d'avoir retenu des troubles semblables dans la famille auparavant vient renforcer le diagnostic de DTA probable. Des examens viennent également renforcer le diagnostic (ponction lombaire, électroencéphalogramme, scanner cérébral).

- **DTA possible** : ce diagnostic peut être fait sur la base d'un syndrome démentiel, en l'absence d'autres étiologies reconnues de démences et en présence de formes atypiques quant à la survenue, le tableau clinique ou l'évolution.

- **DTA confirmée** : les caractéristiques cliniques d'une DTA probable ont été confirmées par biopsie ou autopsie.

1.2. La communication des sujets atteints de DTA

Nous allons distinguer ici communication verbale et communication non verbale car chacune a ses particularités. Nous verrons donc quelques caractéristiques de ces deux canaux (qui forment la communication totale) chez les sujets atteints de DTA.

Avant toute chose, rappelons que la communication est l'acte d'établir une relation avec un individu par tout moyen verbal et non verbal dans le but d'échanger des informations, des idées, des sentiments, etc.

1.2.1 La communication non verbale

Dans la communication non verbale (CNV), deux composantes sont distinguées, qui sont la CNV active, et la CNV passive. Nous allons voir quelles en sont les caractéristiques chez les sujets atteints de DTA.

1.2.1.1. Communication non verbale active

Comme l'écrit KHOSRAVI (2007), la CNV active signifie « *communiquer volontairement et explicitement quelque chose à l'autre afin de mieux faire comprendre ses paroles ou de s'exprimer quand on ne peut pas parler* ». Le sujet atteint de DTA utilise souvent ce canal non verbal intentionnellement et ce de manière parfois étonnante, comme nous allons le voir ci-après.

Tout d'abord, le langage écrit (quand il est encore opérant) peut être utilisé par le sujet pour venir renforcer son langage oral. L'utilisation de symboles, de dessins et de signes graphiques peut être également remarquée chez certains sujets.

Les attitudes viennent ensuite renforcer l'expression des sujets, du début de la démence jusqu'à leur décès. Voici les attitudes recensées par KHOSRAVI (2007) : les cris, le fait de donner des coups, tirer les cheveux, fuguer, cracher, claquer des dents, enlever ses lunettes ou son dentier, mordre, serrer le poignet d'une autre personne, pleurer, rire, fredonner/siffler/chanter, s'habiller/se déshabiller, uriner/déféquer, s'opposer, agresser, frotter, se replier sur soi ou garder le silence, embrasser, etc. Toutes ces attitudes dont il faut tenir compte du contexte, si elles sont interprétées correctement, peuvent aider les aidants et les soignants à comprendre l'état du sujet, ce qu'il aime ou n'aime pas, etc. Ces attitudes peuvent être une manière (parfois efficace !) de s'opposer à une situation, ou bien d'exprimer une gêne ou à l'inverse un sentiment de joie.

Enfin, n'oublions pas les expressions faciales qui font également partie de la CNV active, telles que le regard (plus ou moins fixe), le sourire, le froncement des sourcils ou encore les bâillements.

1.2.1.2. Communication non verbale passive

Elle est très importante pour les aidants car souvent certains signes ou certaines attitudes (comme la position du corps, les gestes, la couleur du visage, etc.) sont plus expressifs que la parole. Cette CNV est dite « passive » car elle est non intentionnelle et c'est pourquoi elle peut être considérée comme la plus « juste ».

Sont recensés ici les expressions faciales (muscles tendus, teint de la peau, paupières lourdes, regard, position de la bouche...), la respiration du patient (rapide, normale, ralentie), sa voix (y a-t-il des tremblements, une tristesse qui est ressentie, par exemple ?), les positions du corps (dos courbé, bras croisés...), l'expression cutanée (la peau est en effet, pour tout le monde, le miroir de notre état intérieur), les expressions somatiques (qualité des urines et des selles...), l'expression des modifications du comportement et des attitudes (expression qui vient compenser le langage verbal quand il est déficitaire : insomnie, vomissements, cauchemars, vertiges, etc.) et enfin le langage

des souffrances corporelles (fièvre, nez qui coule, frissons, transpiration, maux de tête...) qui est une « *parole à part entière* » selon CORON, cité par KHOSRAVI (2007).

1.2.2 Les particularités de la communication verbale

1.2.2.1. Lien entre la communication verbale et l'avancée de la DTA

1.2.2.1.1. Le MMS de FOLSTEIN et la classification des différents degrés d'atteinte qu'il propose

ROUSSEAU (1999) a retenu la classification de FOLSTEIN qui se base sur le score obtenu au MMS. Il y a pathologie quand le score obtenu par une personne est inférieur à 25/30. Le MMS classe ainsi les sujets déments en trois groupes :

- atteinte **légère** pour un MMS **entre 15 et 25**
- atteinte **moyenne** pour un MMS **entre 5 et 15**
- atteinte **sévère** pour un MMS **entre 0 et 5**

1.2.2.1.2. La communication que l'on peut attendre à chaque degré d'atteinte

Bien sûr, il ne s'agit pas de faire une généralisation : les troubles que nous allons évoquer ne se retrouvent pas tous chez chaque dément à chaque stade de sa maladie- la DTA étant très hétérogène- mais nous retrouvons tout de même une tendance. Le score du MMS est un réel indicateur quant aux atteintes et capacités d'un patient atteint de

DTA. Nous allons donc répertorier brièvement les capacités de communication pour chaque degré d'atteinte.

- **Atteinte légère** : au tout début, de légères perturbations dans la perception phonétique et dans la recherche du mot exact sont à noter. Le sujet parvient assez aisément à compenser ces perturbations en faisant des périphrases. S'il digresse, il s'en rend compte et retourne rapidement au sujet de la conversation. Les messages longs et complexes commencent à être difficiles à comprendre pour le sujet, qui a par ailleurs de plus en plus de difficultés à rester objectif.
Avec l'avancée de la maladie, le sujet ressent des difficultés d'expression et de compréhension lors de situations de communication moins familières : son corpus contient des paraphasies d'ordre sémantique (*exemple* : « chat » pour « chien ») et des périphrases. Le malade a du mal à rester dans le sujet de la conversation et ne se rend pas compte qu'il s'en écarte (bien qu'il soit encore conscient de ses difficultés à ce stade). Le sujet a également du mal à initier une conversation et les difficultés de compréhension se font de plus en plus remarquer quant aux énoncés complexes.
- **Atteinte modérée** : ROUSSEAU (1999) précise qu'à ce stade, le sujet peut encore communiquer en relation duelle ou bien en petit groupe, mais plus la conversation est longue, plus il a des difficultés pour la suivre. Spontanément, le sujet n'exprime plus ses besoins sociaux ni émotionnels. Son discours contient des paraphasies et des incohérences. Son stock lexical diminue, de même que la compréhension d'un vocabulaire simple. Il digresse beaucoup et ne revient pas au sujet de la conversation, il peut s'arrêter de parler soudainement sans que la raison soit connue. Il est alors possible de remarquer que le sujet s'intéresse plus aux détails qu'à l'essentiel et qu'il utilise plus de mots que nécessaire pour expliquer quelque chose. A l'inverse, il fait moins de phrases et son discours peut se résumer à un seul morceau de phrase. Il ne se rend pas compte de ses erreurs ni de ses difficultés : il commence à être anosognosique.
Plus tard encore, l'interlocuteur ne pourra que deviner ce que le sujet veut exprimer car les mots substitués auront de moins en moins de rapport avec le mot cible, son discours se transformera en jargon avec énormément de persévérations et une écholalie qui s'installe. De plus, le sujet utilise beaucoup de phrases toutes faites et de mots isolés pour s'exprimer. Le code Oui/Non devient également incertain. Enfin, le sujet ne respecte plus les tours de parole.
- **Atteinte sévère** : il n'y a souvent plus de langage verbal. Des moyens non verbaux comme des mimiques ou des grognements sont utilisés parfois par le sujet pour exprimer une gêne ou un état physique. Quelques mots sans

signification, quelques sons ou vocalisations se font par ailleurs entendre. Le sujet ne comprend plus la parole. Seuls des signes non verbaux indiquent la reconnaissance d'une personne, de bruits familiers ou plaisants...

1.2.2.2. Les spécificités de la communication verbale des sujets atteints de DTA selon KHOSRAVI (2007)

Dans son livre *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, KHOSRAVI (2007) propose quelques spécificités de la communication verbale qu'elle a pu observer chez ses patients atteints de DTA durant sa carrière. Ceci vient compléter la description de ROUSSEAU (1999) exposée précédemment.

L'auteur a rencontré différents types de discours :

- **Reformulation** : elle est efficace chez les sujets intelligents et stimulés ; elle vient remplacer le mot exact impossible à retrouver pour les sujets.
- **Usage opposé des mots**: il arrive qu'un sujet utilise le mot contraire du mot cible qu'il n'arrive pas à retrouver. Cette particularité peut se retrouver également au niveau des actes du sujet qui va alors faire le contraire de ce qu'il devrait faire. C'est par exemple souvent le cas quand le sujet doit réagir à une contrariété.
- **Usage des mots associés/similaires** : un mot similaire au mot cible peut venir remplacer ce dernier (exemple de l'auteur: « *oh il n'y a plus d'eau !* » en parlant de la lumière qui vient de s'éteindre).
- **Erreurs de phonétisme** : les malades ont du mal à percevoir les consonnes et il arrive qu'ils comprennent mal les mots et phrases si elles sont mal prononcées. De plus, ils commettent eux-mêmes des erreurs de phonétique, en raison des lésions cérébrales.
- **Usage des mots « ma mère », « mon père », « mon frère », « ma sœur, « elle/il »** : ces mots peuvent en remplacer d'autres ou bien avoir un tout autre sens. Ils sont teintés d'affects et c'est pourquoi ils restent le plus longtemps en mémoire (selon la théorie de FREUD, reprise par KHOSRAVI (2007)).

- **Généralisation** : quand le mot cible n'est pas retrouvé, il arrive que le sujet le remplace par le mot générique (exemple : « *chien* » pour tous les animaux quadrupèdes).
- **Confabulation** : la perte de la notion des temps, ajoutée aux troubles causés par la perte mnésique, rendent la frontière entre le réel et l'irréel très mince pour les sujets qui finissent par les confondre. Sont retrouvées ici les confusions présent/passé ou encore rêve/réalité qui viennent teinter d'étrangetés les paroles des sujets.
- **Questions répétitives des patients** : elles sont surtout présentes au début de la démence. Elles sont un moyen pour le sujet de cacher ses déficiences ou ses angoisses, de garder un contact avec son entourage. Parfois, elles expriment une souffrance physique ou psychique.

1.2.3 L'importance de communiquer avec les sujets atteints de DTA

KHOSRAVI (2007) souligne qu'avec les sujets atteints de DTA, il faut utiliser un troisième type de communication (en plus de la CV et de la CNV) que l'auteur nomme la « *communication mixte* », constituée du langage corporel, gestuel et tactile. En effet, nous avons vu que le langage verbal ne suffisait pas à lui seul pour que les malades comprennent le sens des mots. Il va donc falloir appuyer ces derniers d'informations complémentaires pour que le sujet y accède.

Pourquoi chercher à tout prix d'autres moyens pour transmettre un message ? Pourquoi aller plus loin, afin de dépasser les troubles du comportement et de l'humeur des patients, pour communiquer ? Finalement, pourquoi cette nécessité de continuer à communiquer avec ces malades ?

Nous allons reprendre ici les réflexions exposées par KHOSRAVI (2007), réflexions qu'elle a pu mener en côtoyant pendant des années des personnes atteintes de DTA.

Pourquoi continuer à communiquer avec une personne atteinte de DTA ?

Le fait de communiquer avec elle lui rappelle qu'elle demeure un être humain à part entière, malgré les pertes qu'elle endure. Échanger avec elle lui permet de maintenir son identité sociale et individuelle car elle se voit alors participer à la vie et est incluse dans la demande des autres. C'est aussi le moyen de la revaloriser et de la renarcissiser. Elle peut de plus s'exprimer, décharger ses émotions et ses affects, ce qui ne peut que l'apaiser et par la suite contribuer à atténuer -voire éviter- des manifestations anxieuses ou des troubles du comportement, soucis majeurs de la prise en charge de ces personnes. La prise en charge et les soins sont facilités quand l'entourage (proches, aidants, soignants) communique avec la personne car c'est le moyen de détecter des souffrances qu'elle n'aurait pas exprimées si on ne l'avait pas sollicitée. De plus, une personne apaisée (par son statut revalorisé, par l'écoute dont l'entourage fait preuve envers elle, par de l'anxiété maîtrisée, etc.) est plus facile à soigner.

Communiquer est le moyen de préserver la réserve cognitive du malade et de le stimuler ; de fait, communiquer permet d'éviter l'aggravation précoce de la maladie. Quand l'envie d'échanger avec l'autre est présente, le malade fait plus d'efforts pour se faire comprendre, pour trouver un autre mot ou, d'une manière générale, d'autres moyens pour faire passer un message. Sa curiosité et son intelligence sont également stimulées.

Du côté des soignants et de la famille, communiquer avec la personne démente aide les soins et la vie de tous les jours. Il est tout à fait possible de raconter ses tracas quotidiens à une personne démente car elle est capable de comprendre, même si elle n'en donne peut-être pas l'impression : elle comprend toujours les émotions. Elle se sent par ailleurs importante et digne de confiance. Ses réponses parfois très pertinentes étonnent souvent.

Enfin, communiquer avec une personne démente est une manière très efficace de stimuler notre propre intelligence et nos capacités mentales. En effet, trouver des solutions, trouver d'autres façons de faire passer un message, ou encore décortiquer le discours du sujet, sont une véritable gymnastique d'esprit !

1.3. Les prises en charge proposées

Aujourd'hui, il n'est pas possible de guérir de cette démence. Aucun traitement ne permet d'arrêter la progression des lésions, ni de rétablir les connexions cérébrales endommagées. Mais il existe à ce jour des traitements permettant de ralentir la dégradation du tissu cérébral et de préserver le plus longtemps possible les capacités cognitives. La réussite de la prise en charge (qui ne vise donc pas le rétablissement des fonctions mais bel et bien leur préservation et leur stimulation) dépend de sa

personnalisation : elle doit en effet prendre en compte le malade, ses capacités résiduelles, les fonctions atteintes et leur niveau d'atteinte, son entourage et les possibilités de ce dernier. La prise en charge doit être revue régulièrement pour rester au plus près du sujet.

1.3.1 Traitements médicamenteux

ROUSSEAU (1999) souligne les deux axes des traitements pharmacologiques qui sont tout d'abord la lutte contre les symptômes psycho comportementaux, ayant pour but de permettre au malade de rester le plus longtemps possible autonome ; le deuxième axe porte sur le ralentissement de la dégradation.

Les médicaments destinés à ralentir le cours de la maladie sont d'apparition assez récente. Il en existe deux sortes (DEROUESNE, SELMES, 2005) :

- **Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase** : ils bloquent l'enzyme (l'acétylcholinestérase) détruisant l'acétylcholine cérébrale, qui est un des neurotransmetteurs dont la diminution est incriminée dans la DTA. Ces médicaments sont destinés aux formes légères à modérées de la maladie.
- **Les antagonistes des récepteurs NMDA** (N-Méthyl-D-Asparate) : ils agissent sur le système glutamatergique. Ces médicaments sont prescrits pour les formes modérément sévères à sévères de la maladie.

En parallèle à ce traitement, qui vise l'aspect mnésique, on propose des médicaments ciblant les troubles associés tels que l'angoisse, la dépression, l'anxiété, les hallucinations etc. (benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques...).

1.3.2 Prises en charge psychologiques

Les troubles de la communication, de l'humeur et du comportement du malade ne sont pas sans conséquence pour ses proches qui doivent également faire peu à peu leur travail de deuil face à un proche qui change. Une prise en charge psychologique prend alors tout son sens pour accompagner –soutenir- les proches mais aussi le malade qui, comme nous l'avons mentionné plus haut, conserve une vie psychique. Pour le patient, un travail d'écoute aide souvent à l'apaiser, apaisement qui retentit sur les autres prises en charge quotidiennes et sur le vécu intérieur de ses proches.

Il existe également d'autres approches, les psychothérapies cognitives et les approches psychosociales, qui proposent une autre prise en charge des déments. Les interventions sont basées sur une approche orientée sur la communication pour améliorer le fonctionnement cognitif. Il existe trois principales thérapies :

- **l'orientation dans la réalité (ROT) (*Reality Orientation Therapy*)** : La ROT a pour objectif la « *réorientation temporo-spatiale et la ré-émergence de repères d'identité personnelle par la présentation continue d'informations et par l'utilisation d'aides externes diverses* » (EUSTACHE, LAMBERT, VIADER (1997)). C'est une technique qui a pour but d'améliorer la qualité de vie de patients âgés confus. Le support proposé est un matériel à visée d'orientation dans le temps, dans l'espace et concernant l'entourage social. La visée est d'améliorer la perception de l'environnement, voire d'améliorer les capacités de contrôle et d'estime de soi du patient.

- **la thérapie de validation (*Validation Therapy*)** : c'est une thérapie créée par FEIL (1992) qui sert à communiquer avec le patient âgé dément, en se basant sur la reformulation des propos confus, une parole claire et douce, un contact visuel étroit, un vocabulaire simple et non anxiogène. Le principe de base repose donc sur l'empathie. Enfin, citons une réplique chargée de sens de FEIL : « *Valider, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. Ne pas reconnaître les émotions, c'est nier la personne* » (FEIL).

- **l'évocation du passé ou la réminiscence (*Reminiscence Therapy*)** : Selon la définition donnée par GOLDBERG (2001), la réminiscence est un souvenir vague où domine la tonalité affective. Elle est à la fois le processus d'émergence d'un souvenir et le résultat de ce processus. Cette thérapie consiste en le rappel vocal ou silencieux d'événements passés de la vie du patient, se faisant individuellement ou bien en groupe. Ainsi, le ou les patients sont invités à parler de leur vie passée, par le soutien de photos, de vidéos et d'objets plus ou moins signifiants. Cette thérapie permet la construction d'une reconnaissance perceptive et de réinscrire la personne dans un sentiment d'existence en tant qu'être singulier.

1.3.3 Prises en charge institutionnelles dites « thérapeutiques » de PLOTON (2004)

1.3.3.1. Les objectifs thérapeutiques

Un des tout premiers objectifs est la place de la famille qui doit « être et (...) rester la famille ». Il est également important, pour ce type de thérapie, d'introduire une triangulation entre le patient, ses proches et ses thérapeutes. Il va s'agir de réfléchir ensemble à « tout ce qui pourra procurer le meilleur confort possible, pour une dernière partie d'existence ». Enfin, il faudra offrir un espace tiers au malade et à son entourage pour « négocier les modalités de leur séparation à venir », ce qui nécessite de restaurer une communication entre le patient et ses proches.

1.3.3.2. Le concept de sociothérapie

Selon les termes de PLOTON (2004), la sociothérapie est « une pratique cadrée, recourant le plus souvent à des temps groupaux ». Cette pratique s'adresse aux personnes âgées démentes, coupées de vie sociale, menacées de perdre leur identité, et souvent infantilisées. Il s'agit donc de proposer à chacun un soin personnalisé, qui s'appuie sur les capacités du patient. Le but est de leur faire bénéficier des avantages d'une prise en charge de groupe sans leur en faire subir les inconvénients. Il est très important, souligne l'auteur, de garder à l'esprit que la vie psychique d'une personne démente n'est en rien abolie.

1.3.4 Prises en charge paramédicales

Des prises en charge ergothérapeutiques, kinésithérapeutiques, psychomotrices et orthophoniques peuvent être proposées aux malades atteints de DTA pour agir sur les symptômes propres à ce type de démence ou sur les troubles secondaires. Voici un bref aperçu de ce que ces prises en charge peuvent proposer.

1.3.4.1. Ergothérapie

Cette prise en charge est proposée aux patients atteints de DTA afin de favoriser les tâches quotidiennes, en se basant sur des travaux manuels simples et pratiques. Les activités portent sur ce qui plaisait au patient avant sa maladie et sont nécessairement valorisantes et répétées. L'ergothérapie est dite « occupationnelle » quand il s'agit d'activités sous forme d'animations (atelier de modelage, dessins, collage...), et est dite « fonctionnelle » quand elle a pour but de mobiliser le patient (encouragement à sortir, réalisation d'actes usuels...). Ainsi, les praxies et les gnosies sont stimulées de façon implicite. La dimension expressive des activités proposées n'est pas à négliger quant à ses répercussions sur le moral des patients.

1.3.4.2. Kinésithérapie

Une prise en charge en kinésithérapie peut être nécessaire pour préserver la mobilité du patient. Les mouvements exercés sur ce dernier soulagent ses articulations et le sollicitent activement. D'une manière générale, la kinésithérapie améliore les habitudes motrices, limite l'immobilité et diminue la déambulation des patients. Le schéma corporel est également « travaillé » de manière implicite. C'est souvent dans un souci préventif que l'on fait appel à ce type de prise en charge. Parfois, il faut faire appel à la kinésithérapie pour soigner, comme c'est le cas pour la kinésithérapie respiratoire. En effet, les surinfections pulmonaires sont une complication fréquente chez les patients atteints de DTA.

1.3.4.3. Psychomotricité

Elle favorise l'expression corporelle, l'intérêt et le réinvestissement des patients avec leur propre corps et l'espace qui les entoure. Les ateliers de psychomotricité (basés par exemple sur des exercices de gymnastique, des mouvements du corps ... avec ou sans objets) mettent également en avant les interactions entre les patients et leur entourage.

1.3.4.4. Orthophonie

D'une façon générale, il existe plusieurs formes de prises en charge orthophoniques :

- **l'approche classique et sémiologique**, qui se base sur l'aphasiologie. Celle-ci traite les troubles linguistiques, notamment les troubles lexico-sémantiques. Son objectif est soit la restauration de la composante atteinte, soit la réorganisation du système fonctionnant en contournant cette composante atteinte (ROUSSEAU, 2001). Cette approche est la plus ancienne et tend à laisser la place à d'autres plus récentes, car elle n'est pas la plus adaptée aux sujets atteints de DTA,
- **l'approche neuropsychologique**, qui se base sur les neurosciences et les sciences cognitives. Elle s'intéresse aux systèmes qui sous-tendent les troubles mnésiques et lexico-sémantiques. Elle étudie les perturbations cognitives et émotionnelles, ainsi que les désordres de la personnalité, provoqués par des lésions cérébrales.
- **les approches globalisantes appelées aussi cognitivo-comportementales**, mettant en avant les aspects pragmatiques, écologiques et systémiques. Elles prennent en charge les sujets dans leur milieu de vie, tout en prenant en considération le système dans lequel ils évoluent. Cette dernière approche semblerait être une des plus efficaces avec les pathologies dégénératives (ROUSSEAU, 2001).

Les objectifs de la prise en charge orthophonique :

➤ Pour le patient :

- Retarder le déclin des capacités cognitives, dont les capacités de communication,
- Préserver le plus longtemps possible les échanges et les liens afin d'éviter la mise à l'écart du patient de toute vie sociale et familiale,
- Préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle et l'aider à maintenir une qualité de vie afin de retarder l'entrée en institution,

- L'aider à trouver et à mettre en place des stratégies afin de compenser ses troubles et lui proposer des applications pratiques,
- Lutter contre la dépression, l'anxiété et l'apathie liées à la maladie,
- L'aider à gérer ses difficultés,
- Optimiser ses capacités restantes.

➤ *Pour les proches du patient :*

- Mettre en place un travail de guidance pour les aider à comprendre et à mieux gérer la démence au quotidien,
- Les informer de toutes les possibilités de rester en communication avec le patient et comment le faire rester autonome le plus longtemps possible,
- Les soutenir suffisamment pour soulager leur santé mentale et physique,
- Les informer : associations, auxiliaires de vie, Allocations Personnalisées d'Autonomie (APA)...

ROUSSEAU (1999) ajoute que l'orthophoniste doit intervenir de façon précoce pour stimuler les fonctions cognitives et favoriser toutes sortes de communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

Il s'agit d'optimiser les performances du sujet à chaque moment de sa maladie et d'utiliser les capacités préservées afin d'exploiter l'ensemble des facteurs favorables susceptibles d'améliorer les performances du patient. L'échec doit être évité au maximum.

Il est primordial que la prise en charge orthophonique, dans le cas de la DTA, soit un accompagnement cognitif et langagier, organisé et personnalisé autour de la vie du patient. De plus, le projet de prise en charge doit être évolutif : il s'agit de s'adapter en permanence aux besoins du patient et à sa dégradation mnésique et varier les supports.

- **La prise en charge des fonctions cognitives :**

Selon les capacités résiduelles du patient, l'orthophoniste va faire travailler et stimuler les divers champs cognitifs, à travers une gamme d'exercices variés qui vont solliciter les facultés d'attention, les systèmes perceptifs et mnésiques, l'orientation spatio-temporelle, ainsi que les fonctions exécutives et les praxies. C'est en effet en stimulant ces capacités cognitives, qui sont fonction du quotidien et applicables concrètement à celui-ci, que l'orthophoniste va aider le patient à rester autonome le plus longtemps possible, à son domicile et au quotidien.

Enfin, la mise en place d'outils de compensation va également être l'objet de cette prise en charge.

Voyons plus précisément les domaines abordés lors de cette prise en charge et les manières possibles de les stimuler :

- **Travail de l'encodage :** l'encodage est un processus par lequel les caractéristiques d'un stimulus ou d'un événement sont traitées et converties en trace mnésique. Un encodage efficace implique la mise en place de stratégies d'organisation, l'utilisation de l'imagerie mentale, ainsi qu'un travail sur la modalité de présentation de l'information.
Chez le patient DTA, l'encodage n'est efficace que s'il y a un soutien lors de la récupération de l'information. C'est l'indiçage qui va aider cette récupération. L'imagerie mentale étant une stratégie essentielle pour l'indiçage, il va falloir apprendre au patient à la créer et à l'utiliser (observation attentive d'une image avec repérage des détails, mémorisation d'associations d'images, multiplier les applications à différentes activités). Il va alors être possible de travailler cet indiçage, ceci dans le but de sauvegarder les informations nouvelles.
- **Travail de la mémoire de travail :** les exercices pouvant être proposés sont essentiellement formels et malheureusement peu liés à la réalité. Il s'agit par exemple d'épellation à l'endroit et à l'envers de mots, de restitution de séries de chiffres ou de mots par ordre alphabétique, du repérage de lettres manquantes dans une série...
- **Travail des fonctions exécutives (attentions soutenue et divisée, attentions auditive et visuelle) :** il peut se faire à travers des activités autour du raisonnement et du jugement, des exercices formels d'attention et de barrage, des exercices faisant intervenir des distracteurs, des problèmes simples à résoudre, le jugement de photos absurdes, des exercices de Go, no go (pour le travail de la flexibilité)...
- **Travail sur l'orientation spatio-temporelle :** il est important de s'intéresser à l'organisation du domicile du patient, afin de mettre en place un soutien

visuel pour l'aider à se repérer (balisage des portes, étiquettes de rangement, dessins), ainsi qu'aux trajets réels que le patient a l'habitude de faire (photos aller-retour pour aller à la boulangerie par exemple).

- **Travail de la lecture de textes** : il faut d'abord prendre en considération les éventuelles limitations visuelles ou gnosiques du patient. Un texte organisé en paragraphes peut lui être présenté : le patient répond aux questions que lui pose le praticien après chaque paragraphe, reformule les idées, fait un résumé... Ainsi, la compréhension d'un texte et la mémorisation de celui-ci sont travaillées, ce qui aide le patient dans son quotidien (lecture du journal, des factures, du programme TV...).

- **La prise en charge des troubles de la communication :**

C'est une priorité dans la prise en charge du patient : la communication fait en effet l'objet d'une attention constante, et ce, dès le début.

Dans un premier temps, il s'agit de donner des conseils à l'entourage pour favoriser et faciliter la communication avec le patient, conseils qui changent selon l'évolution de ce dernier. C'est ce qu'on appelle le travail de guidance familiale. Il faut « réactiver » la communication entre le patient et ses interlocuteurs, ce qui n'est pas aisé.

Dans un second temps, il est question de la prise en charge des troubles de la communication. L'orthophoniste intervient au niveau du langage oral comme du langage écrit, sur les versants expressif et réceptif, pour aider le patient à conserver ses capacités. En effet, c'est en se sentant capable de s'exprimer et de comprendre ce qui l'entoure que le patient gardera son envie de communiquer.

Par ailleurs, il est important que l'orthophoniste se renseigne sur les conditions de la communication antérieure du patient et sur la réalité de la communication présente (interlocuteurs, lieux et thèmes favoris). Le praticien doit enfin repérer les difficultés de communication dont le patient souffre : tours de parole, digression, perte d'idée, manque du mot...

Améliorer la communication est alors l'objectif majeur et l'orthophoniste va mettre en place et conseiller à l'entourage un autre comportement de communication de la part de l'interlocuteur, afin d'optimiser les capacités d'expression et de compréhension du patient :

- Être explicite
- Reformuler
- Utiliser des mots génériques
- Parler simplement

- Ralentir le débit et laisser du temps au patient
- Ne pas infantiliser le patient
- Le regarder dans les yeux et être bien en face de lui
- Utiliser tous les canaux de communication (gestes, écrit)
- Utiliser des questions fermées
- Utiliser des renforcements non verbaux
- Favoriser le lien et le contact
- Ne pas laisser le patient sur un échec : détourner plutôt son attention
- Respecter le patient malade.

Si la syntaxe et l'articulation semblent assez peu touchées chez le patient DTA, le manque du mot ainsi que les troubles de la compréhension et du langage écrit sont une constante dans la maladie. L'intervention traditionnelle est délicate du fait des troubles cognitifs : il ne faut pas s'acharner si les composantes expressives et réceptives sont trop détériorées.

- **La mise en place d'outils de compensation**

La mise en place d'outils de compensation peut être une alternative positive afin de compenser le handicap mnésique, langagier et exécutif du patient. Il est recommandé que ces outils soient mis en place dès le début de la prise en charge. Par ailleurs, il faut faire attention à ce qu'ils ne soient pas vécus comme un échec.

Ces outils tiennent compte des besoins et des habitudes du patient en associant les aidants. Ils ont pour but de faciliter la vie quotidienne du patient en réduisant les exigences, de limiter le stress, d'anticiper les limitations majeures et enfin de confier à un support extérieur les informations qui ne peuvent plus être mémorisées.

Enfin, parmi les outils qui peuvent être mis en place dans ce projet figurent les agendas (où sont notés les rendez-vous et les dates importantes), le carnet mémoire (y est noté tout ce que le patient fait dans la journée), le cahier de vie (c'est une biographie avec photos et légendes que le patient fait lui-même), le carnet de communication (mis en place quand le langage est déficitaire mais cet outil est rarement exploitable car les capacités cognitives du patient sont souvent délabrées dans ce cas), les fiches de mots (il s'agit de listes sémantiques faites au fur et à mesure dans lesquelles le patient peut piocher en cas de manque du mot) et les panneaux placés dans la maison (pour aider le patient à s'orienter dans l'espace).

1.3.5 Les ateliers de stimulation

1.3.5.1. Qu'entend-on par « stimulation » ?

KHOSRAVI (2007) l'écrit très bien : une stimulation « *consiste à donner au patient la volonté de réagir, de s'activer, et à l'encourager à utiliser ses fonctions résiduelles* ». C'est également un acte cognitif qui emploie des activités qui nécessitent, pour le patient, des efforts perceptifs, verbaux, mnésiques et moteurs. L'auteur distingue trois types de stimulations :

- **les stimulations explicites** : quand le patient est volontaire et accepte de participer aux activités proposées. Il a conscience des objectifs et peut faire des efforts volontairement.
- **les stimulations implicites** : le patient n'a pas à faire d'effort volontaire, sa participation n'est pas active et il n'a pas conscience des enjeux de l'activité.
- **les stimulations mixtes** : il y a un panaché des deux types de stimulations précédents. On peut stimuler un patient de cette façon au quotidien.

1.3.5.2. Pourquoi stimuler un sujet atteint de DTA ?

Les stimulations, qu'elles soient explicites, implicites ou mixtes, permettent de maintenir la communication et les liens sociaux entre le patient et la ou les personnes qui l'entourent. En effet, elles permettent de le valoriser, car le fait de lui proposer de participer à quoi que ce soit suffit à l'inclure dans une dynamique d'échange. Sa personne et son statut d'être pensant et communiquant sont ainsi mis en avant. Les stimulations peuvent alors compenser la notion de perte qu'il ressent (surtout au début de la démence) et lui faire retrouver de l'estime de soi.

Les stimulations, sous diverses formes, sont le moyen d'améliorer son humeur par un processus d'autosatisfaction devant ses réussites. Il s'agira, encore une fois, de ne

surtout pas mettre le patient en échec. Lui faire passer un moment de plaisir est très important pour son état moral.

Enfin, les stimulations permettent de ralentir la progression des pertes cognitives et de préserver le plus longtemps possible l'autonomie du patient.

1.3.5.3. Exemples de stimulations sous forme d'ateliers

- **Musicothérapie et atelier musique**

La musique est utilisée depuis quelques années dans la prise en charge des patients DTA car elle est source d'émotions et de créativité. Il est démontré que la musique est porteuse d'échanges entre les personnes qui l'écoutent (encadrées par un thérapeute ou un animateur) et devient alors une sorte de communication. L'acte d'écouter incite à une écoute active, à la concentration et à la mémoire.

LAGORCE (2003) a évalué l'influence de la stimulation musicale sur la communication verbale et la communication non verbale d'un groupe de patients atteints de DTA. Les résultats obtenus au fil de cette étude ont montré des effets marqués de la musique sur les patients les plus déficients du groupe : en séance, LAGORCE observait des interventions plus fréquentes, reliées au thème de la discussion, ainsi que des gestes (plus fréquents également) qui venaient remplacer ou accompagner le discours de façon cohérente.

- **Art-thérapie et stimulations sensorielles**

L'art est une manière de s'exprimer, verbalement ou par ses propres créations. Souvent, il exige une certaine finesse du mouvement ou du geste graphique. Il est également matière à échanges. C'est pourquoi on en vient aujourd'hui à inclure ces ateliers dans la prise en charge des patients DTA.

Le terme d'art-thérapie, comme le souligne LESNIEWSKA (2003) correspond à l'utilisation de moyens d'expression artistique à des fins psychothérapeutiques, comme le dessin ou la peinture. LESNIEWSKA expose trois objectifs visés par les ateliers d'art-thérapie : objectif esthétique, objectif psychomoteur et objectif psychothérapeutique.

Les stimulations sensorielles peuvent stimuler les cinq sens. Contrairement à l'art-thérapie, elles ne rentrent pas dans le cadre d'un atelier dit thérapeutique, mais sont toutes aussi intéressantes pour le patient qui doit mobiliser attention, mémoire, etc.

- **Atelier cuisine**

Cet atelier peut être proposé dans le cadre d'une prise en charge. Il fait travailler d'une manière indirecte les cinq sens, sollicite le langage écrit, incite au respect des règles, stimule la motricité fine et est source d'échanges et de communication car la cuisine est à même de faire remonter des souvenirs d'antan.

- **Atelier mémoire**

L'atelier mémoire décrit par RUIZ (2008) propose un entraînement « *progressif et plaisant* » de la mémoire, dans un souci du maintien de l'autonomie. L'objectif principal est donc de stimuler la mémoire et par là de prévenir la détérioration mnésique. Les exercices proposés peuvent être des exercices de mémoire visuelle et auditive, de logique ou encore de structuration de la pensée.

- **Le conte : un nouveau support pour les patients ?**

Le conte commence à être utilisé lors des prises en charge de groupe des patients déments. Ce support a fait l'objet d'études récentes qui seront développées dans la seconde partie de ce travail.

Le conte

Dans cette deuxième partie, nous allons présenter le conte, rappeler son histoire et citer les conteurs qui l'ont fait évoluer. Nous exposerons ensuite quelques-unes des réflexions des auteurs qui se sont intéressés à ce support si particulier.

Aussi, nous verrons ce qui est fait aujourd'hui avec ce médiateur et avec quels types de personnes.

Enfin, nous ferons le lien avec la maladie d'Alzheimer en présentant deux études récentes.

« Le conte est difficile à croire ; mais tant que dans le monde on aura des enfants, des mères et des mères-grands, on en gardera la mémoire ».

Charles PERRAULT
Extrait de *Peau-d'Âne*.

2. Le conte

2.1. La genèse du conte

2.1.1. Quelques définitions du conte

Avant toute chose, il s'agit de définir ce qu'est un conte. Les nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont chacun une manière personnelle de définir le conte. Nous allons recenser ici les définitions que nous avons retenues afin de nous faire une idée commune du conte et ainsi partir sur des bases théoriques communes.

2.1.1.1. Définitions générales

De façon succincte, FÈVRE (1999) présente le conte comme le « *récit imaginaire et métaphorique d'une aventure* », fait d'étapes et de rebondissements qui font tenir l'auditeur en haleine jusqu'à la conclusion et qui stimulent sa curiosité. Les contes font appel à la sensibilité et à l'intuition de ceux qui l'écoutent et « *communiquent une sagesse qui vient du fond des âges* ». FÈVRE (1999) reprend une citation de GOUGAUD pour exprimer la finesse du message transmis dans un conte, qui s'adresse à tous et à tout moment de la vie : « *l'histoire juste, racontée au moment qu'il faut, est capable d'illuminer celui qui l'entend, c'est-à-dire de lui faire goûter ce qu'aucune explication, aussi intelligente soit-elle, ne saurait dire* ». Enfin, le conte est dit polysémique, ce qui signifie que son histoire a plusieurs significations. Chacun va ainsi tirer son propre sens de l'histoire.

GILLIG (1997) classe les contes dans la littérature de type narratif. Pour l'auteur, les contes relatent des faits ayant un début, un développement et une fin dans le temps du récit qui est énoncé.

ESTIENNE (2001), en reprenant notamment la définition de GILLIG, arrive à la conclusion suivante : le conte « *est un récit d'aventures imaginaires qui mettent souvent en scène des personnes, des animaux qui ont à effectuer un itinéraire pour obtenir quelque chose de vital qui leur tient à cœur* ».

2.1.1.2. Classification internationale d'AARNE-THOMSON (1961)

Il s'agit d'une classification des contes populaires. Depuis le 19^e siècle, Les contes entendus ont été systématiquement collectés. Peu à peu, il est apparu que les contes se ressemblaient d'un pays à l'autre, et ce, malgré leur grande diversité. Ceci a permis l'émergence de la notion de conte-type par le Finlandais Antti AARNE au début du XX^e siècle, notion reprise et complétée par l'Américain Stith THOMSON.

La classification ainsi obtenue (qui recense 2340 contes aujourd'hui) distingue quatre catégories et plusieurs sous-catégories que voici:

- 1- **les contes d'animaux** (qui ne mettent en scène que des animaux, par exemple *Les Trois Petits Cochons*)
- 2- **les contes proprement dits**, dont :
 - **les contes merveilleux**³ (improprement appelés en France les contes de fées, *La Belle au Bois Dormant* par exemple, mais aussi *Le Petit Poucet*)
 - **les contes religieux** distincts des légendes
 - **les contes réalistes ou nouvelles**⁴ (leur structure est semblable à celle du conte merveilleux mais l'intervention du surnaturel n'est pas obligatoire, comme *Les Mille et Une Nuits* par exemple)
 - **les contes d'ogres stupides ou du Diable dupé**
- 3- **les contes facétieux**
- 4- **les contes énumératifs ou randonnées** (c'est-à-dire les contes où une phrase est répétée sans cesse et qui n'ont pas de fin)

Étant donné que les titres des contes varient d'un pays à un autre, chaque type de conte reçoit un numéro, ce qui permet de s'y retrouver plus aisément.

³ Ce sont ces types de contes que nous avons utilisés dans nos ateliers conte.

⁴ Ce sont ces types de contes que nous avons utilisés dans nos ateliers conte.

2.1.1.3. Le formalisme de PROPP ou l'analyse structurale des contes

En travaillant sur l'évolution du conte merveilleux depuis la Préhistoire jusqu'au XX^e siècle, PROPP (1969) a découvert des invariants ainsi que leur corrélation dans la composition des contes. Ces invariants forment la structure des contes merveilleux.

Les invariants sont des petites unités qui représentent les actions ou les fonctions des différents personnages. Elles ne changent pas au cours du conte. PROPP (1969) avait travaillé à l'époque sur des contes russes, mais il a émis l'hypothèse que cette structure était applicable aux contes merveilleux du monde entier. Il en a tiré la définition suivante du conte merveilleux : « *le conte merveilleux est un récit construit selon la succession régulière des fonctions en partant d'un méfait ou d'un manque en passant par des fonctions intermédiaires pour aboutir à un dénouement* ». Chaque fonction découle de celle qui la précède, ceci dans un souci d'ordre logique et esthétique. Une séquence est le développement qui va du méfait (ou du manque) à sa réparation et à chaque nouveau méfait, une nouvelle séquence réparatrice a lieu.

LAFFORGUE (2002), qui reprend les conclusions et les hypothèses de PROPP, explique que le repérage des invariants, leur force contraignante, l'opposition binaire des fonctions, font que « *le conte merveilleux a servi d'organisateur de la pensée consciente et inconsciente par transmission orale depuis la Préhistoire* ». Ainsi, de par sa structure qui lui est propre, le conte offre des repères stables et rassurants et permet d'organiser la pensée de l'auditeur, enfants comme adultes.

2.1.2. L'histoire du conte

LAFFORGUE (2002) relate dans son livre *Petit Poucet Deviendra Grand – Soigner avec le conte* les débuts des contes populaires et leur évolution. Il explique que les contes populaires sont apparus dès la Préhistoire, certainement en même temps que l'apparition du langage et de la maîtrise des outils. À cette époque, les hommes avaient deux foyers, l'un qui servait à stocker la nourriture et à manger, et l'autre –un foyer social- dans lequel ils se regroupaient pour se protéger du froid et des bêtes. C'est dans ce foyer que sont nées les incantations religieuses, les racines mythologiques et surtout les « *rêveries de l'imagination* », que l'on retrouve dans les archaïsmes des contes traditionnels. Les reliquats présents dans cet archaïsme ont été transmis depuis la nuit des temps de bouche à oreille sans être modifiés par la transmission écrite apparue avec PERRAULT et les livres de colportage.

En 1850, époque des grandes collectes de contes, la transmission est majoritairement orale car seulement 20% de la population savait lire et écrire. Les grandes invasions (jusqu'au Moyen-âge) ont amené des métissages de populations et des thèmes nouveaux : les contes se sont alors enrichis et transformés.

Pendant longtemps, le conte avait la fonction de rassembler les hommes, les marins et les soldats, lors des veillées hivernales ou les moments de désœuvrement. De nos jours, il n'a plus cette fonction sociale mais a toujours celle d'amuser et de faire rêver, les enfants comme les adultes.

Pour finir, comme le dit LAFFORGUE (2002) « *Deux mille ans de brassage de populations et de civilisations différentes ont abouti à une épure du conte européen* ». Il est question encore aujourd'hui de l'origine des contes populaires, notamment celle du conte merveilleux. LAFFORGUE (2002) pense que l'outil de travail qu'est le conte, utilisé depuis des siècles, est « *un producteur de pensées issu de l'inconscient collectif des groupes humains* ». Ce serait également pour cette raison que les contes du monde entier se ressemblent.

2.1.3. Quelques grands auteurs de contes

La transmission écrite des contes a été faite par de nombreux auteurs. Si certains voulaient rester au plus proche des contes d'origine, d'autres se sont essayés à la création d'œuvres plus personnelles. Citons quelques-uns des auteurs les plus connus :

2.1.3.1. Charles PERRAULT

Charles PERRAULT fait partie des grands auteurs du XVII^e siècle. Son plus grand travail fut de collecter et de retranscrire des contes issus de la tradition orale française.

Il a été le premier en France à publier, dans les années 1680-1690, des contes merveilleux. A l'époque, les contes de fées étaient à la mode dans les salons fréquentés par les dames de la cour. Les contes de PERRAULT étaient alors destinés aux adultes et enfants des classes cultivées.

L'auteur publie *Les contes de ma mère l'Oye* en 1697, appelés aussi *Les histoires ou contes du temps passé* (réédités en 1969 chez Barbin). Cette œuvre du genre littéraire écrit du conte merveilleux contient les très connus *La Belle au bois dormant*, *Le petit chaperon rouge*, *La barbe bleue*, *Le chat botté*, *les Fées*, *Cendrillon ou la petite pantoufle de verre (vair)*, *le Petit poucet* ou encore *Riquet à la houppe*.

2.1.3.2. Les frères GRIMM

Jacob et Wilhelm GRIMM sont deux grands philologues des XVIII^e-XIX^e siècles qui ont, entre autres, collecté eux aussi des contes populaires dans l'idée de conserver la mémoire de la tradition orale.

Les contes de l'enfance et du foyer paraissent à la fin de l'année 1812. L'édition définitive (publiée en 1857) comporte près de 200 contes dont *Le roi grenouille*, *Le loup et les sept chevreux*, *Hansel et Gretel*, *les Musiciens de la ville de Brême* et le très célèbre *Blanche Neige*. Une réédition en 2008, sobrement intitulée *Contes de Grimm*, a vu le jour.

2.1.3.3. Hans Christian ANDERSEN

Le romancier, dramaturge, conteur et poète danois du XIX^e siècle est considéré comme « *le prince des écrivains de l'enfance* » (Paul HAZARD, cité par GILLIG (1997)). Son enfance difficile fut pour lui une puissante source d'inspiration. Nous lui devons le célèbre *Vilain petit canard*, mais aussi *La petite fille aux allumettes*, *Le rossignol* ou encore *Le compagnon de voyage*. Certains de ses contes sont tirés de la tradition orale. Nous pouvons retrouver ses écrits dans *Contes et histoires*, parus en 2005.

2.1.3.4. Marcel AYMÉ

L'écrivain français du XX^e siècle s'est illustré dans l'écriture des contes pour enfants, avec les *Contes du chat perché* (1937, réédités en 2008) regroupés en deux volumes : *Les contes bleus* et *Les contes roses*.

2.1.3.5. Les auteurs-conteurs du XXI^e siècle

Citons Henri GOUGAUD (*Contes d'Europe*, 2002), Françoise ESTIENNE (*La part des contes*, 1991) ou encore Jacques SALOME (*Contes d'errance, contes d'espérance*, 2007) connus pour leurs contes créés pour soigner, ou du moins aider enfants et adultes.

Et tant d'autres, d'hier, d'aujourd'hui et de demain...

2.2. Le conte et ses vertus

2.2.1 Les réflexions de FÈVRE

Dans son livre « *Contes et métaphores* » (1999), le didacticien en Programmation Neuro Linguistique s'est penché sur les métaphores, les contes et les histoires et leurs pouvoirs aussi bien distractifs, éducatifs que guérisseurs. Il en a tiré quelques conclusions que nous allons exposer ci-après.

2.2.1.1. Les fonctions du conte

Pour FÈVRE (1999), le conte possède cinq fonctions, proches de celles du rêve dit-il, qu'il classe sous cinq titres : ordonner, nettoyer, compenser, structurer l'intégration sociale et stimuler l'identification.

➤ *Ordonner*

« *Organiser le chaos* » « *Donner un sens à la vie* », telles sont les manières d'exposer cette première fonction du conte par FÈVRE (1999) et THOMMASSAINT, qu'il cite. En effet, le conte nous prouve qu'en luttant contre les difficultés de l'existence, le héros (donc l'homme en général, par un processus d'identification que nous expliquerons plus bas) peut se développer dans son environnement. Le conte, en symbolisant la vieillesse et la mort, les rend plus supportables et met l'auditeur en présence des « *difficultés fondamentales de l'homme* » (pour reprendre l'expression de BETTELHEIM (1976)). Il nous enseigne alors à affronter notre sort.

« *Le récit structure notre psychisme, nous arme face à la vie, et permet d'anticiper l'avenir de façon positive* » (FÈVRE, 1999).

➤ *Nettoyer*

Le conte et le récit auraient, selon l'auteur, la même fonction que le rêve qui est de « *faire revivre le temps échu pour en effacer les taches et en retrouver les splendeurs* ». Illusions, regrets, culpabilités, qui peuvent être paralysants, sont ainsi mis de côté ou du moins désensibilisés.

➤ *Compenser*

Cette fonction compensatoire est expliquée par le fait que le conte permet d'éviter au psychisme des répétitions inconscientes de peurs et d'angoisses tout en accomplissant des désirs archaïques (FREUD, repris par FÈVRE, 1999).

➤ *Structurer l'intégration sociale*

L'auteur s'appuie sur les réflexions de BETTELHEIM (1976) quant à l'acceptation des lois et de l'interdit véhiculée dans les contes pour enfants. Ici, l'auteur évoque la fonction très importante de structuration personnelle et sociale que permettent les contes pédagogiques : « *Les métaphores peuvent aider à structurer l'individu et à encadrer son intégration dans la société en lui faisant découvrir la fonction des lois* ».

➤ *Stimuler l'identification*

FÈVRE (1999) explique que certains contes « *travaillent directement sur les fondations de l'être* » à travers la représentation des différents personnages du conte mais aussi à travers les aspects du récit dans lesquels l'auditeur a la possibilité de se reconnaître. Le plaisir que communique également le conteur, entraînant une complicité narrateur-auditeur, permet à l'auditeur de rentrer dans le récit, de mieux s'identifier aux personnages et de se reconnaître en tant que « soi ».

2.2.1.2. La dynamique des contes

L'auteur en recense également cinq, qu'il présente et explique ainsi :

➤ *Stimuler la créativité de l'inconscient*

Notre cerveau est divisé en deux hémisphères, le droit et le gauche, chacun gérant des opérations différentes. Ainsi, l'hémisphère gauche s'occupe des opérations conscientes et de la pensée rationnelle, et contient l'aire du langage. L'hémisphère droit, quant à lui, s'active quand il s'agit de l'intuition, de l'expression et de la pensée analogique (le langage analogique s'exprimant par tout ce qui est image et rêve). Ainsi, les métaphores (c'est-à-dire tout ce qui est anecdotes, histoires, proverbes...) et donc par là les contes, viennent stimuler le cerveau « droit » tout en mettant en veille -si l'on peut dire- le cerveau gauche. L'inconscient va s'occuper de toutes les données imagées que les analogies vont produire. FÈVRE (1999) cite BETTELHEIM pour finir son explication : « *la nature irréaliste des contes de fées est un élément important qui prouve à l'évidence qu'ils ont pour but non pas de fournir des informations utiles sur le monde extérieur mais de rendre compte des processus internes à l'œuvre dans un individu* ».

➤ *Fortifier l'autonomie et la responsabilité de l'auditeur*

FÈVRE (1999) déplore que certains auteurs comme PERRAULT aient trop modifié les contes traditionnels dans un but de donner une leçon de morale bien précise. Ceci les aurait privés d'une grande partie de leur signification. En effet, selon FÈVRE (1999), toute la valeur du conte réside en laisser faire l'imagination de l'auditeur pour qu'il puisse y trouver un sens personnel.

➤ *Faciliter l'identification au héros*

Les héros des contes, contrairement à ceux des mythes et des légendes, ressemblent aux mortels : ils nous ressemblent. Ils sont souvent désignés par un terme général (exemple : *le petit Poucet, le petit Chaperon rouge*) ou bien portent un nom courant (Jeannot, Alice...). Tout le monde peut ainsi y retrouver une partie de soi. Comme l'écrit FÈVRE (1999), leurs aventures nous rassurent et nous donnent de l'espoir car ces

héros nous prouvent que nous pouvons l'emporter sur le Mal (les monstres, les ogres, les géants...) sans force titanesque.

➤ *Établir une complicité narrateur-auditeur*

Le narrateur met en quelque sorte l'auditeur dans le secret: tous deux savent des choses que le héros ignore encore. L'auditeur, par les indices donnés par le narrateur, peut imaginer la suite ou formuler des hypothèses. La complicité entre le narrateur et l'auditeur se traduit également par le plaisir que tous deux partagent au même moment ; ils avancent ensemble dans l'histoire, ce qui aiderait l'auditeur à maîtriser ses propres peurs. Le symbolisme du récit permet de mettre à distance les angoisses et d'intérioriser des fantasmes.

➤ *Soutenir la découverte et l'acceptation de soi*

Les descriptions des personnages et de leurs actes évoquent à l'enfant comme à l'adulte des aspects de leur propre personnalité, ce qui permet, par un processus d'identification, de penser une image plus supportable d'eux-mêmes. L'« *organisation du chaos* » comme le nomme FÈVRE (1999) fait cohabiter perceptions du monde extérieur et pulsions personnelles. L'auteur précise que pour les enfants, le conte est un excellent support pour faire découvrir et admettre les lois et les normes et pour structurer la personnalité.

2.2.2 L'approche de BETTELHEIM

Dans *Psychanalyse des contes de fées*, BETTELHEIM (1976) s'adresse aux adultes, et plus particulièrement aux adultes s'occupant d'enfants, pour les aider à comprendre et à saisir l'importance des contes de fées.

L'auteur part du principe qu'il est nécessaire de trouver un sens à la vie afin d'être conscient de son existence. Il précise que ceci ne s'obtient pas à un moment clé de l'enfance mais plutôt à la suite d'une longue évolution. Cette sagesse qui s'élabore petit à petit est « *indispensable à l'individu s'il veut être satisfait de lui-même et de ce qu'il fait* ».

Ainsi, une des tâches les plus importantes de l'éducation est d'aider l'enfant à donner un sens à sa propre vie. BETTELHEIM (1976) explique le rôle très important des lectures de l'enfant car c'est dans les livres qu'il peut trouver facilement toutes les informations dont il a besoin pour mener sa réflexion. L'auteur déplore l'actuelle lecture

dite enfantine qui est, selon le psychanalyste, « *incapable de stimuler et d'alimenter les ressources intérieures qui (...) sont indispensables [à l'enfant] pour affronter ses difficiles problèmes* ». Pour l'auteur, elle ne sert qu'à apprendre à lire, à amuser et peut-être à informer l'enfant car sa substance est trop pauvre pour stimuler l'imagination et développer l'intelligence. L'enfant ne peut donc voir clair dans ses émotions, les prises de conscience ne peuvent avoir lieu puisqu'il n'y a pas de signification profonde dans les écrits qui lui sont destinés, explique BETTELHEIM (1976).

« *Rien ne peut être plus enrichissant et plus satisfaisant dans toute la littérature enfantine que les contes de fées puisés dans le folklore, et cela est aussi vrai pour les enfants que pour les adultes* » (BETTELHEIM, 1976).

C'est en effet dans les contes de fées que l'enfant pourrait puiser le plus d'informations pour trouver un sens à sa vie. Le psychanalyste explique alors comment le conte peut être à ce point bénéfique pour l'enfant et l'adulte :

Tout d'abord, le conte s'adresse à tous les niveaux de la personnalité humaine, c'est-à-dire qu'il s'adresse à tout le monde et à tout moment de la vie. Il nous renseigne sur les problèmes intérieurs de l'être humain et sur leurs solutions. Pour l'enfant, le conte lui permet de saisir les avantages d'un comportement conforme à la morale (nous retrouvons ici la réflexion de FÈVRE (1999) sur une des cinq fonctions du conte : structurer l'intégration sociale). En envoyant des messages à l'esprit conscient, inconscient et préconscient, le conte favorise le développement de ce que l'auteur nomme le « *moi en herbe* » de l'enfant car il utilise le modèle psychanalytique de la personnalité humaine. Il permet alors de soulager les pressions conscientes et inconscientes. Autre incidence : le conte aide l'enfant à mettre de la cohérence dans « *le tumulte des émotions* » et ouvre de nouvelles dimensions à son imagination qu'il ne serait pas capable de découvrir seul.

Pour tout le monde, le conte fait comprendre qu'il existe des solutions aux difficultés psychologiques. Un de ses messages est d'ailleurs que « *la lutte contre les difficultés de la vie est inévitable et fait partie intégrante de l'existence humaine* ». Il faut alors affronter les épreuves pour venir à bout des obstacles et remporter la victoire.

Les contes posent les problèmes existentiels de l'être humain en termes précis et brefs ; en simplifiant les situations, l'enfant peut aborder et affronter ses problèmes dans leur forme essentielle. D'ailleurs, le bien et le mal sont représentés de manière égale. Ce dualisme retire les ambivalences des personnages, permettant à l'enfant de comprendre facilement leurs différences.

De plus, le conte de fées aborde directement les conflits intérieurs, les angoisses et les dilemmes existentiels. Il présente en outre des solutions que l'enfant peut saisir selon son niveau de compréhension. Enfin, les contes sont orientés vers l'avenir, servent de guide à l'enfant et l'aident à renoncer à ses « *désirs infantiles de dépendance* ».

Pour finir, BETTELHEIM (1976) explique que les contes de fées fonctionnent comme des œuvres d'art : pour l'auteur, le sens le plus profond du conte est différent pour chaque individu et différent pour la même personne à certaines époques de sa vie.

2.2.3 Autres réflexions contemporaines

2.2.3.1. Françoise ESTIENNE

La logopède belge explique que les contes, de la même manière que les métaphores, sont le moyen d'aborder –sans brusquer- les symptômes, car ils proposent de « *parler d'une chose en termes d'autres choses* » (2001). L'auditeur est mis en disposition d'accueil et d'action et baisse alors ses défenses qui perdent ainsi leur sens. L'auteur ajoute que les contes développent l'imaginaire et le langage, engendrent des solutions et multiplient les dénouements. L'auditeur est ainsi « *rendu plus riche et mieux muni pour faire face à la vie et se rendre autonome* ».

Dans son livre *Utilisation du conte et de la métaphore*, ESTIENNE (2001) s'appuie sur les réflexions de plusieurs auteurs, entre autres BELLEMIN-NOEL, PEJU, SCHNITZER, FREUD, pour construire son propre raisonnement.

Voici ce que nous pouvons retenir des réflexions d'ESTIENNE (2001) :

- Le conte est la mise en œuvre de certaines organisations inconscientes que l'on retrouve dans l'activité psychique. Le conte représente alors la forme de ces rêveries (ou rêves diurnes) que FREUD a nommées fantasmes.
- Le conte appartient à tout le monde et est aussi « *intime et universel* » que le rêve. Il est pensé, souvent à tort, que le conte est réservé aux enfants et à la littérature enfantine : « *si [les contes] véhiculent de l'enfance, c'est une enfance qui concerne tout le monde et à tout moment* ».
- Pour échapper à l'angoisse, l'être humain fait appel à son imagination afin de créer des « *maquettes d'une autre sorte, ces modèles spontanés de l'univers* » que sont les contes « *où le merveilleux vient combler les lacunes laissées par le savoir* ». De plus, le conte, en donnant des causes bien précises à des phénomènes mystérieux et inquiétants, apaise et apporte de l'espoir, notamment à ceux qui en ont le plus besoin.

- Dans le conte, tout est causalité, irrationnelle certes le plus souvent, mais jamais absurde. De plus, le conte est le seul genre littéraire où le hasard n'intervient jamais.
- Le conte permet de gérer des questions existentielles, il apporte des solutions et donne des permissions. Contrairement au mythe, le conte possède des personnages chez lesquels tout le monde peut s'identifier. Les dénouements sont toujours heureux ; le conte reste optimiste et rassurant car il suggère les conflits à venir tout en donnant les moyens nécessaires au héros pour les surmonter. Le héros, d'ailleurs, n'est pas surhumain, il se bat pour s'en sortir, ce qui véhicule l'idée qu'il faut se donner les moyens pour surmonter ses propres difficultés. Contrairement à la fable, le conte n'a pas de morale, la morale que l'on peut y trouver c'est nous même qui la pensons.
- « *Le conte est un espace de liberté, il donne un sens à la vie et le sens de la vie* » à travers des trames universelles. Il a le pouvoir, comme la métaphore, de réactiver notre inconscient, de stimuler la mémoire, de changer le regard et l'écoute et enfin de raviver l'énergie créatrice.

2.2.3.2. Jean-Marie GILLIG

Le docteur en sciences de l'éducation (1997) s'est intéressé aux contes merveilleux (classés dans les contes proprement dits, les plus courants. C'est ce genre de contes que nous avons utilisé dans notre étude, c'est pourquoi ses réflexions nous concernent) et fait part de ses idées dans son livre *Le conte en pédagogie et en rééducation*. Le merveilleux présent dans ce type de contes aurait trois fonctions selon l'auteur : fonction fantasmagorique, fonction esthétique et fonction de ravissement :

➤ *Fonction fantasmagorique*

On retrouve dans l'explication de cette fonction fantasmagorique les idées précédemment exposées par FEVRE (1999), BETTELHEIM (1976) et ESTIENNE (2001) concernant le parallèle entre conte et processus psychiques (fantasmes, rêves, inconscient, symbolique).

➤ *Fonction esthétique*

GILLIG (1997) compare le conte merveilleux à une œuvre d'art mais pour d'autres raisons que celles de BETTELHEIM (1976). Pour lui, le conte appartient au patrimoine culturel de l'humanité et représente « *la vision du monde, les rapports entre l'homme et la nature, sous les formes esthétiques les plus achevées, celles qui provoquent précisément l'émerveillement du public (...)* ». GILLIG (1997) précise que la logique du merveilleux est nécessaire à la logique du récit dans le conte de fées car retirer le merveilleux serait rendre le conte réaliste. Il n'aurait plus la même fonction. Cet enchantement créé par le merveilleux et l'irréel participe beaucoup à la relation de connivence entre le narrateur et l'auditeur. GILLIG compare alors le merveilleux du conte aux effets spéciaux et autres trucages présents au cinéma qui entretiennent l'illusion et qui sont indispensables à l'émerveillement. L'auditeur (ou le lecteur) de contes serait d'ailleurs en forte demande de merveilleux et d'émerveillement qui lui permettent de sortir du réel et de se « *délivrer du banal de l'existence quotidienne* ».

➤ *Fonction de ravissement*

Selon GILLIG (1997), le charme qu'opère le merveilleux est comme une sorte de captation qui emmène l'auditeur dans l'univers du conte, loin de son quotidien banal.

2.2.3.3. Henri GOUGAUD

Dans un article paru dans *Psychologies Magazine* de janvier 2010 intitulé « *Les contes aident à devenir soi* » et présentant le conteur, écrivain et poète Henri GOUGAUD, il est question du conte et de ses vertus perçues par l'homme de lettres.

GOUGAUD explique que ce sont les contes qui l'ont aidé à vivre : après de nombreuses lectures et d'études sur le conte, l'homme, tiraillé entre ses envies (« *une tension vers le bas, les plaisirs charnels, terrestres* ») et sa raison (« *une tension vers le haut, vers la quête de sens* ») dit avoir enfin compris qu'il n'avait pas à choisir son camp et qu'il était un peu des deux. Son tiraillement perpétuel, ce « *déchirement* » comme il l'appelle, pouvait enfin prendre fin, grâce aux contes et aux réflexions qu'ils suscitent.

Le conteur fait lui aussi un parallèle entre le conte et l'art : il compare cette fois le conte à de la musique, car comme elle le conte n'est que sensitif, « *si les cœurs sont accordés, il touche là où il doit toucher. Et apaise nos angoisses fondamentales* ». Il ajoute qu'« *un conte ne se trompe pas, parce qu'il ne parle pas à notre tête, il s'entend avec les sens* » et que « *on peut bien se tenir, se toucher, se serrer, ce sera toujours moins fort que*

la parole du conte. Parce que c'est une parole très primitive, donc essentielle ». GOUGAUD attribue ainsi au conte une dimension sensitive que les auteurs précédents n'avaient pas abordée de cette façon.

Il précise enfin qu'un de ses amis religieux qui rencontre des personnes âgées en fin de vie est étonné que ces dernières ne veuillent pas d'explications théologiques mais plutôt qu'on leur raconte des contes et qu'on leur tienne la main. Le journaliste qui interviewe le conteur suggère que ce serait peut-être une attitude régressive, un souvenir des histoires que leur racontait leur mère quand elles étaient enfants. Le conteur rétorque alors que pour lui, cela ramènerait plutôt à l'enfance dans ce qu'elle a de plus essentiel.

ESTIENNE (2001) reprend dans *Utilisation du conte et de la métaphore* des paroles de GOUGAUD : « *le conte est capable, par son langage et sa musicalité, d'aider l'enfant et peut-être l'adulte à structurer sa pensée* ». En effet, pour les deux auteurs, il y aurait un savoir inexplicable et nourrissant dans les contes. Enfin, pour le conteur, le conte joue un rôle important, à la fois initiatique, d'apprentissage, de reconnaissance, et est un moyen de transmission des valeurs et des traditions.

2.3. Le conte aujourd'hui

2.3.1. Avec qui et comment le conte est-il utilisé ?

Le conte est utilisé aujourd'hui à des fins éducatives, pédagogiques, rééducatives et thérapeutiques, avec des enfants, des adolescents ou encore des adultes, de façon duelle ou bien en groupe.

Voici trois exemples d'utilisation du conte, proposés par trois auteurs au métier différent : Françoise ESTIENNE, logopède belge, Pierre LAFFORGUE, psychanalyste et pédopsychiatre et enfin Jean-Marie GILLIG, inspecteur de l'Éducation nationale honoraire et docteur en sciences de l'éducation.

2.3.1.1. ESTIENNE ou le conte en orthophonie

ESTIENNE (2001) utilise le conte métaphorique avec ses patients de tous âges. Elle appelle conte métaphorique le conte qui aide à « *comprendre des notions abstraites comme la voix, l'écriture, l'oreille, une règle de grammaire* », qui sert de « *support pour exercer une fonction telle que la parole, la lecture, l'écriture, la voix* », et qui « *met en scène une problématique existentielle en suggérant des issues* ».

La logopède dégage 4 thèmes dans ces contes :

- **L'orthophonie** : rééducation du langage (voix, bégaiement, oreille, rééducation tubaire, articulation, acquisition du langage, langage écrit, apprentissages) et raconter l'orthophonie,
- **Les problèmes existentiels** : exister, grandir, s'aimer, affirmer,
- **Les appels de vie** (non expliqués par l'auteur),
- **Les approches thérapeutiques** : voix, langage écrit, bégaiement.

Ainsi, ces contes métaphoriques, qu'ils soient personnels (pré-écrits) ou interactifs (contes à fabriquer et à inventer avec le patient, à l'oral ou à l'écrit), aident à informer sur des sujets qui ont trait à l'orthophonie, permettent d'exercer une fonction (la voix, l'articulation, la lecture, la parole...) et d'expérimenter ses propres ressources en vue de susciter un changement. Enfin, ils permettent d'exposer des « *situations orthophoniques problématiques existentielles* ».

Les contes personnels représentent un support idéal pour lire, raconter, critiquer, résumer, imaginer, créer, répéter, découvrir les canevas du récit, etc. Il s'agit de travailler sur le texte avec le patient ou bien de (se) poser des questions.

Les contes interactifs ciblent davantage les troubles d'articulation, le bégaiement, les difficultés d'apprentissage du langage écrit et les grosses difficultés langagières et existentielles. Ils sont un support de créations, d'exercices ciblés et de prise de conscience de ses possibilités.

2.3.1.2. LAFFORGUE et les ateliers-conte thérapeutiques

LAFFORGUE (2002) a expérimenté l'atelier-conte avec des enfants dysharmoniques (dysharmonie psychotique, névrotique ou bien déficitaire) qui se pratique par ailleurs dans de nombreuses institutions ou dans des consultations de secteur. Après le contage, les enfants jouent l'histoire en endossant chacun un rôle. L'atelier se termine par un dessin du conte par chaque enfant.

Le pédopsychiatre a ainsi découvert la double dimension de l'atelier-conte, à la fois thérapeutique et sociale :

- **Thérapeutique** car cet espace permet une référence tierce, sa répétition est sécurisante, l'histoire se déroule dans le temps et il faut repérer ses éléments, l'enfant est obligé de s'extraire de sa problématique pour investir le jeu, le rôle et le dessin.
- **Sociale** car il fait référence au théâtre et au spectacle qui est offert aux autres, et nécessite une écoute en groupe.

L'atelier-conte est également indiqué pour des enfants entre trois et sept ans présentant des problèmes d'immaturité : retard ou absence de langage oral et/ou écrit, difficultés d'abstraction, retard dans l'organisation du graphisme ou du dessin, instabilité et anxiété et enfin difficultés à entrer dans la lecture/ écriture. L'auteur précise que l'atelier-conte doit s'intégrer en complémentarité avec d'autres techniques de soin.

2.3.1.3. GILLIG : le conte en pédagogie

GILLIG (1997) met en avant les activités autour du conte qui peuvent être très utiles pour les enfants d'âge scolaire ayant des difficultés ou non. Pour lui, en effet, le conte est un excellent support pour réapprendre à lire à des enfants « *mal-lisant* » et pour acquérir une compétence narrative. Le conte est également prétexte à des créations littéraires (contes défaits, contes à l'envers, salades de contes, contes démarqués...) et ludiques (création de jeux à base de contes connus).

Selon l'auteur, le conte permet un travail sur des savoirs, des « *savoir-faire* » et des « *savoir-être* », ce qui est le travail des pédagogues (qu'il différencie bien du travail des thérapeutes qui est de chercher à guérir).

2.3.2. Réflexions actuelles concernant la maladie d'Alzheimer

2.3.2.1. Un mémoire orthophonique démontrant la pertinence des ateliers-conte comme support de stimulations cognitives avec des personnes âgées souffrant de pathologies de la mémoire

Clara DAMAZIE-EDMOND (2009), étudiante en orthophonie au moment de cette étude, avait émis l'hypothèse que, grâce à son ancrage culturel et à sa structure fixe, le conte serait un support facilitateur pour procéder à un travail sur la mémoire épisodique et sémantique. Elle a alors mis en place un atelier de sollicitation cognitive avec le conte comme support, pour quatre patientes souffrant de DTA ou de troubles cognitifs. Rappelons que le principe de base de la stimulation cognitive est de « *s'appuyer sur des capacités résiduelles pour continuer à stimuler des fonctions qui déclinent* ». Chaque atelier-conte a été filmé et analysé.

➤ *Conclusions de l'étude*

Il est apparu que les quatre patientes ont conservé un certain souvenir des contes populaires (qui font partie de notre patrimoine culturel commun). Les contes utilisés pour l'étude ont bel et bien été un support facilitateur : ils ont en effet été mieux rappelés qu'un récit et qu'un conte inconnu, proposés lors de la première séance. De plus, les contes ont parfois suscité des émotions vives chez certaines patientes, qui ont par ailleurs toutes apprécié ces moments.

DAMAZIE-EDMOND avait ainsi démontré la pertinence de cet outil avec des personnes âgées atteintes de troubles de la mémoire, en rappelant que les pistes d'exploitation du conte étaient encore à approfondir, la mémorisation de récit ayant été l'objet unique abordé dans cette étude.

2.3.2.2. Une étude soutenue par la Fondation Médéric Alzheimer : « Évaluation des effets de l'atelier-conte auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée »

Cette étude⁵ a été menée conjointement en 2007-2008 par Véronique AGUILAR, conteuse et coordinatrice de la recherche au sein de l'association Confluences, Jennifer MARTIN, statisticienne de Kappa Santé, Louis PLOTON, Professeur de gérontologie du Laboratoire « Santé Individu Société », E.A.4129, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon-2 et Denise STRUBEL, médecin gériatre, Chef de service au CHU de Nîmes.

Tout a commencé en 1997 avec le programme interministériel « Culture à l'hôpital » qui a fait intervenir le conte auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer au sein des Centres d'Animation Naturel Tirés d'Occupations Utiles (CANTOU) et des centres de long séjour.

En 2004, une méthode de travail s'est généralisée dans plusieurs sites du Languedoc-Roussillon, qui incluait une conteuse ainsi que le personnel soignant. Ceci s'est élargi par la suite en 2006 à plusieurs Etablissements Homologués pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Devant l'intérêt et le succès rencontrés par ces ateliers-conte, l'association Confluences a voulu évaluer scientifiquement l'impact de cette démarche auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer à un stade évolué. Le protocole d'évaluation qui a été mis en place a été fondé sur le constat que le conte stimulerait les fonctions suivantes : l'écoute, la parole, la mémoire des faits anciens et la création d'images mentales.

⁵ Le rapport de l'étude « Évaluation des effets de l'atelier-conte auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée » est disponible au Centre de documentation de la Fondation nationale de Gérontologie, 49 rue Mirabeau, 75016 Paris.

➤ *Méthodologie de l'étude*

L'étude a été réalisée sur deux ans. Elle a été contrôlée et randomisée. Trois approches ont été croisées :

- **L'approche psychosociale** : elle a porté sur la série de tests suivante : Démotivation P.Thomas, GDS-15 items-dépression, Estime de soi, QoL-AD, NPI, et CMAI. Les recueils des données ont été effectués à des temps différents : T0 (avant tous les ateliers-conte), T6 (soit 6 mois après T0) et T9 (soit 9 mois après T0) pour la première année. Pour la seconde année, un temps T'0 correspondait au temps T9 a été nommé, ainsi qu'un temps T'5 (soit 5 mois après la première intervention).
- **L'étude anthropologique** : elle comportait une observation du terrain, les interviews des soignants et des référents, des conteurs ainsi que des familles.
- **L'analyse de la prescription des psychotropes** : à T6 pour la première année et à T'5 pour la seconde.

➤ *Population retenue*

La population concernée par cette étude était de 154 patients âgés de 66 à 99 ans, répartis en huit groupes. Sur ces 154 patients, 82% étaient des femmes et 18% étaient des hommes.

Le MMS de ces patients était compris entre 6 et 18.

➤ *Protocole mis en place*

Les ateliers-conte ont eu lieu pendant 12 séances bimensuelles sur quatre sites du Languedoc-Roussillon (Centre Hospitalier Universitaire, Hôpitaux Locaux et EHPAD), dans des unités spécifiques Alzheimer ou dans des unités d'hébergement classique accueillant des personnes atteintes de DTA ou de maladies apparentées, à un stade évolué.

Les conteurs n'étaient pas les mêmes sur ces quatre sites, aussi le répertoire-contes de chacun fut différent. En revanche, tous les ateliers-conte se sont déroulés de la même façon : les patients étaient d'abord mis en cercle avant le rituel d'ouverture, puis trois contes étaient lus, alternés par des temps dits « respirations » (poésie, chants, devinettes). La durée totale de chaque atelier-conte était d'environ 50 minutes, durant

lesquelles les participants avaient le libre choix de s'exprimer, d'échanger, de chanter et même de dormir.

➤ *Résultats et conclusions de l'étude*

Cette étude a permis l'observation de quatre effets concernant la capacité d'écoute, la parole, la narration et des troubles du comportement :

- **L'hypothèse d'une écoute soutenue a été confirmée.** L'anthropologue l'a nommée « écoute active ». L'attention des participants aurait augmenté au fil des séances.
- **La parole :** les observations psychologiques et anthropologiques peuvent affirmer une certaine récupération de la capacité des participants à s'exprimer.
- **La narration :** les participants auraient semble-t-il retrouvé un certain sens de la narration, ce qui leur permettrait de retrouver une forme de cohérence dans ce domaine.
- **Les troubles du comportement :** ces derniers auraient diminué. Les participants ont obtenu de meilleurs scores aux tests de dépression.

En revanche, au niveau de la prescription de psychotropes, aucun changement significatif n'a pu être observé.

Cette étude conclut par l'effet cumulatif de l'atelier-conte : plus le nombre de séances est important, plus les effets sur les participants atteints de DTA ou de maladie apparentée sont probants. Cependant, les effets ne perdurent pas dans le temps si les ateliers-conte cessent.

L'effet le plus marquant observé lors de cette étude est le retour à la parole. Pour les intervenants, il semblerait pertinent d'approfondir la recherche, afin de mieux appréhender les mécanismes sous-jacents de ce retour à la parole. L'étude propose aux désireux de poursuivre ce domaine de recherche, d'augmenter la fréquence des ateliers-conte ainsi que leur nombre, de diminuer le nombre de sites d'intervention et de se focaliser sur l'aspect spécifique du conte.

Problématique et hypothèse soulevée

Nous venons d'aborder plusieurs notions théoriques concernant d'une part la maladie d'Alzheimer, et d'autre part le conte.

À partir de ces notions, nous avons dégagé une problématique que nous allons exposer.

De la théorie présentée précédemment, nous avons émis une hypothèse en vue de répondre à cette problématique.

« L'oralité permet l'utilisation de beaucoup plus d'outils que l'écriture pour évoquer, suggérer, susciter images et émotions ».

Henri GOUGAUD

3. Problématique et hypothèse

Après avoir pris en considération les réflexions des auteurs qui se sont intéressés au conte, ainsi que les résultats des deux études exposées précédemment, nous nous sommes interrogée sur l'impact d'un atelier-conte sur la verbalisation (qui est la mise en place d'une pensée à travers les mots) qu'il peut susciter chez le patient Alzheimer.

L'atelier-conte aurait-il des répercussions chez le patient Alzheimer quant à l'expression de son vécu intérieur ?

Nous faisons ici référence à l'appétence à la communication, à l'orientation des propos, à la tonalité et à la qualité du discours du patient Alzheimer.

À partir des théories sur le conte et à partir des résultats des études récentes concernant l'atelier-conte et la maladie d'Alzheimer, **nous posons l'hypothèse que l'atelier-conte aurait un effet bénéfique (quantitatif et qualitatif) sur l'expression du vécu intérieur des sujets atteints de maladie d'Alzheimer.**

En effet, nous nous appuyons notamment sur le fait que le conte aide à structurer la pensée et fasse référence au rêve et à l'imaginaire. De fait, il crée un espace de liberté en autorisant et en stimulant la créativité. Enfin, il suscite des réflexions par les thèmes qui y sont abordés.

Afin de vérifier cette hypothèse et en vue de répondre à la problématique soulevée, nous avons mis en place **un atelier-conte auprès de 4 sujets atteints de DTA ou présentant un profil Alzheimer**, pendant 5 mois, à raison d'une fois par semaine, soit un total de **20 ateliers-conte**.

Afin de mesurer les résultats, nous avons créé **une grille** dans le but **d'analyser le corpus** de chacun de nos patients, après chaque atelier-conte.

Cet outil permettrait de rendre compte d'une éventuelle évolution de la communication verbale des patients et ainsi **d'infirmier ou de confirmer notre hypothèse**.

Méthodologie

Nous allons présenter la méthodologie de notre étude, en présentant nos patients, les contes utilisés, et en précisant le lieu de nos ateliers-conte.

Nous allons ensuite exposer la grille d'analyse que nous avons créée et mise en place.

4. Méthodologie de notre étude

4.1. Lieu des ateliers-conte

Nos ateliers-conte ont eu lieu dans l'EHPAD « Les Fontaines de Monjous »⁶, situé à Gradignan (33). Cette maison de retraite privée accueille des personnes âgées dépendantes, dont certaines sont atteintes de DTA ou d'autres démences neuro-dégénératives. Elle bénéficie donc d'équipements adaptés et de personnel spécialisé, et accueille 130 personnes environ.

L'EHPAD est divisé en plusieurs secteurs dont notamment Tilleul, Pinède, Tournesol et Jonquille, que nous avons eu l'occasion de visiter. Nos patients résidaient sur Tilleul, Pinède et Tournesol.

4.2. Nos patients

4.2.1. Critères d'inclusion

Nous avons décidé d'inclure des sujets **atteints de démence de type Alzheimer** ou des sujets **présentant un profil de type Alzheimer** de par leurs troubles.

Ces sujets devaient avoir conservé **une capacité d'expression suffisante** pour permettre un atelier-conte et la discussion qui en découle.

⁶ EHPAD Les Fontaines de Monjous, 9 rue des Fontaines de Monjous CS 40113 – 33173 Gradignan

4.2.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les sujets qui présentaient :

- Un trouble auditif sévère,
- Un trouble du comportement ou de l'humeur qui aurait rendu impossible la dynamique de groupe,
- Une capacité d'expression qui n'aurait pas permis la participation à un atelier-conte et à la discussion qui en découlait,
- Une démence autre que la démence de type Alzheimer ou un profil qui n'aurait pas correspondu aux troubles présents dans la maladie d'Alzheimer.

4.2.3. Présentation des patients

Après avoir exposé ces critères d'inclusion et d'exclusion à Monsieur BOUCHER, infirmier à l'EHPAD, ce dernier nous a présenté 7 sujets.

Après avoir consulté les dossiers médicaux, nous avons refusé un sujet qui s'avérait être atteint de démence à corps de Lewy. Les symptômes et le profil de cette démence étant trop éloignés de ceux qui caractérisent la démence de type Alzheimer, nous avons préféré écarter ce sujet.

Il restait donc 6 patients. Malheureusement, l'un d'entre eux est décédé avant même que nous présentions notre étude à sa famille. Enfin, la famille d'un des 5 patients restants a refusé sa participation à l'étude.

Notre étude a donc porté sur 4 patients : Mme P., Mme Mau., Mme Mas. et Mme D., que nous allons maintenant présenter.

➤ *Mme P.*

Mme P. est âgée de 84 ans et est diplômée d'un Certificat d'Études Primaires (CEP). Un diagnostic **de DTA évoluée** est posé pour cette patiente. Des troubles du comportement viennent s'associer à la maladie (refus de soins, agressivité envers les soignants, parfois refus de s'alimenter et de s'hydrater) mais ils ne semblaient pas empêcher la patiente de participer à nos ateliers-conte.

Le symptôme le plus marquant de son profil est la désorientation spatio-temporelle très sévère. De plus, Mme P. est anosognosique.

Son déficit verbal se caractérise par un défaut d'accès au lexique. Mme P. présente également une tendance à la logorrhée, ce qui lui permet des échanges spontanés très riches. Cependant, il arrive souvent que ses réponses soient sur le mode de l'agressivité.

Au dernier **MMS** (novembre 2009), Mme P. avait obtenu un score de 11, ce qui correspond à une atteinte moyenne si l'on se réfère à la classification de FOLSTEIN.

Lors de ce dernier bilan neuropsychologique, Mme P. avait obtenu les scores suivants:

- **5 mots de Dubois** (mémoire épisodique verbale) : 0
- **Test de l'horloge** (fonctions visuo-spatiales) : 0
- **Set Test d'Isaac** (fluence verbale et langage) : 11 en 15'' ; 17 en 60''
- **GDS 15** (échelle thymique et comportementale) : 0

Tous ces scores sont pathologiques.

Sa famille nous précisait que Mme P. avait besoin de réconfort affectif et moral.

➤ *Mme Mau.*

Mme Mau. est âgée de 90 ans. Elle est d'origine espagnole et est arrivée en France quand elle était jeune. Malheureusement, la langue française a toujours été une barrière pour Mme Mau. qui n'a jamais pu maîtriser suffisamment la langue pour la comprendre et se faire comprendre. Pour gagner sa vie en France, Mme Mau. était femme de ménage.

La question de l'identité est problématique (Mme Mau. ne parle que de son passé, s'effondre alors parfois en larmes, mélange espagnol et français, se met en colère

en disant qu'elle a travaillé toute sa vie « *pour les riches* ») et se surajoute à ses troubles cognitifs.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer n'est pas posé, mais Mme Mau. présente un **profil de type Alzheimer**, avec une sévère désorientation temporelle, des troubles visuo-spatiaux (*exemple : elle ne sait plus où elle a posé son sac à main*), des troubles des fonctions exécutives et des troubles sévères de la mémoire (*exemple : il lui arrive de ne pas se souvenir de son nom*). Mme Mau. présente également des troubles non cognitifs comme des troubles de l'humeur, des troubles dépressifs et anxieux, et est parfois sujette à des hallucinations. Le langage de Mme Mau. est encore préservé, elle reste donc capable d'échanges.

Au **MMS** réalisé en avril 2009, Mme Mau. avait obtenu un score de 6 (atteinte moyenne).

Aux autres épreuves qui ont pu être passées à cette époque, les scores étaient de :

- **Test de l'horloge** (fonctions visuo-spatiales) : 0
- **Set test d'Isaac** (fluence verbale et langage) : 8 en 15'' ; 13 en 60''
- **GDS 15** (échelle thymique et comportementale) : 7,5

Tous ces scores sont pathologiques.

➤ *Mme Mas.*

Mme Mas. est âgée de 96 ans. Elle n'a pas de diplôme et exerçait le métier de coiffeuse.

Une maladie d'Alzheimer avait été diagnostiquée au vu de ses troubles et des résultats obtenus lors d'un bilan neuropsychologique. Ce **diagnostic pose question** aujourd'hui car l'état de Mme Mas. évolue très lentement, voire pas du tout. Les médecins se demandent aujourd'hui si les troubles de Mme Mau. ne seraient pas plutôt dus **aux crises d'épilepsie** dont la patiente a souffert toute sa vie.

Nous avons gardé Mme Mas. dans notre étude car malgré son diagnostic de DTA remis en question, **ses troubles cognitifs ressemblent beaucoup à un profil Alzheimer** : troubles de la mémoire épisodique, troubles des fonctions exécutives, troubles visuo-spatiaux et troubles praxiques.

Lors du bilan neuropsychologique effectué en janvier 2009, les scores obtenus étaient de :

- **MMS** : 20 (atteinte légère)
- **Grober & Buschke** (mémoire épisodique verbale):

RL1 + RI1 = 8	RLD + RID = 4
RL2 + RI2 = 8	Reconnaissance = 16
RL3 + RI3 = 11	Sensibilité / indiçage = 45%
- **BREF** (fonctions exécutives) : 8/18

Tous ces scores sont pathologiques.

➤ *Mme D.*

Mme D. a 83 ans. Elle était directrice d'une école. Mme D. résidait seule sur Tilleul mais vers février 2010 son mari (également atteint de démence) l'a rejointe et ils ont été transférés dans une chambre double sur Tournesol. Mme D. vit sous l'emprise de son mari et la peur de lui nuire, ce qui l'a empêchée à plusieurs reprises de participer à des ateliers et à des groupes quels qu'ils soient.

Mme D. souffre de troubles de la mémoire, de troubles de la compréhension, d'idées délirantes, d'irritabilité, de troubles du sommeil et d'apathie. Elle se plaint souvent de douleurs et a besoin d'être stimulée verbalement pour accepter de se lever de son lit.

Une hypothèse d'Alzheimer est soulevée. Pour le moment, les médecins parlent de **déficit cognitif léger**, confirmé par un score de 19 au **MMS** (octobre 2009).

Sa famille nous précise que Mme D. adorait lire et qu'elle était dépressive ces derniers temps (elle obtient en effet un score de 8 au **GDS 15**). Mme D. aurait également tendance à être susceptible et à faire croire qu'elle comprend.

4.3. Les démarches administratives

Avant toute chose, un rendez-vous fut convenu en octobre avec le Dr AH SOUNE, médecin gériatre qui intervient sur le Centre Mémoire de proximité, afin de présenter notre étude et notre outil d'analyse, alors sous forme d'ébauche.

Après son accord, nous avons rencontré Madame GERARDI, animatrice à l'Hôpital de Jour, afin de décider du lieu, de la population et du jour d'intervention des ateliers-conte. Nous avons été renvoyée sur l'EHPAD : les troubles de cette population y sont en effet plus sévères que ceux des patients de l'Hôpital de Jour (et donc correspond mieux à l'objet de notre étude) et il était de plus impossible de trouver un créneau horaire sur l'Hôpital de Jour, les emplois du temps ayant déjà été réalisés courant août/septembre.

Concernant le choix des patients, comme il a été précisé plus haut, nous avons consulté Monsieur BOUCHER, infirmier qui intervient sur l'EHPAD. Nous avons par la suite rencontré Madame BARRIETY, psychologue intervenant sur l'EHPAD et chargée de faire passer les bilans neuropsychologiques, afin d'avoir une confirmation du diagnostic ou du profil Alzheimer de nos patients.

Après nous être présentée aux patients, nous avons pris contact par téléphone avec les familles, afin de leur présenter l'objet de notre étude et de proposer l'éventuelle participation de leur aînée. Pour ceux qui ont accepté, un courrier leur a été envoyé début décembre contenant :

- Une lettre d'informations qui reprenait l'objet de notre étude et qui présentait notre méthodologie,
- Une demande d'autorisation de l'image et de la voix à remplir, à signer et à nous renvoyer avant janvier (les ateliers étant filmés),
- Une lettre présentant ce courrier,
- Une enveloppe timbrée à notre nom.

Les autorisations signées nous ayant été renvoyées avant janvier, nos ateliers-conte ont pu commencer dès début janvier.

Précisons enfin qu'une convention de mémoire a été signée entre le Département d'Orthophonie, Monsieur BOZZA, directeur de l'EHPAD, et nous-même, nous autorisant à intervenir du 22 décembre 2009 au 31 mai 2010 inclus.

4.4. Déroulement d'un atelier-conte

➤ *Lieu et horaire des ateliers-conte*

Nos ateliers-conte se sont déroulés dans la salle commune de Tilleul, aucune salle libre et à l'abri du bruit n'étant disponible.

Nous sommes intervenue tous les lundis, à partir de 14h30. Un atelier durait une trentaine de minutes. Rappelons que chaque atelier-conte était filmé et enregistré, afin de pouvoir remplir notre grille d'analyse.

L'unité de lieu et l'unité de temps étaient donc conservées, points essentiels d'un atelier-conte. En revanche, l'unité de personnes n'a pas pu être respectée, nos patients n'étant pas tous venus à chaque atelier (refus, fatigue ou soucis de santé).

➤ *Les étapes des ateliers-conte*

Les ateliers-conte se sont déroulés en 4 étapes, toujours les mêmes :

- **L'installation**, la présentation des participants (par la conteuse) et la présentation du conte,
- **Le contage** (délimité par une formulette de début et une formulette de fin),
- **La discussion**, alimentée par une trame de questions que nous posions,
- **La fin de l'atelier** où chacun se salue.

➤ *Les questions de la discussion*

Toutes n'étaient pas systématiquement posées : cela dépendait de l'orientation de la discussion et des rebondissements de chacun sur le discours de l'autre. Cependant, cette trame s'avérait nécessaire, nos patients ayant pour la plupart des difficultés pour élaborer leur pensée. De plus, cette trame était un moyen de cadrer plus ou moins le discours des patients, souvent enclins aux digressions :

- Qu'en avez-vous pensé ?
- Connaissez-vous ce conte ?

- L'avez-vous aimé ?
- Quelles remarques avez-vous à faire après avoir écouté ce conte ?
- Cela vous a-t-il rappelé un souvenir, quelque chose que vous avez vécu ?
- Qu'avez-vous ressenti pendant l'écoute du conte ?
- Si vous étiez un des personnages de conte, lequel auriez-vous voulu être ? Auriez-vous fait comme lui ?
- Aimerez-vous changer la fin ou une partie du conte ?
- Les personnages du conte vous font-ils penser à des personnes connues ?
- L'histoire du conte vous a-t-elle fait penser à un événement de la vie quotidienne ?
- Connaissez-vous d'autres contes ?
- Êtes-vous d'accord avec ce que vient de dire Mme..... ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

4.5. Contes utilisés

Nous avons lu en tout 10 contes, choisis selon des critères objectifs et subjectifs :

➤ *Critères objectifs :*

- Les contes devaient être suffisamment courts pour permettre une attention suffisante des patients durant le contage ; des textes trop longs auraient en effet pu générer une fatigabilité des patients du fait de leurs déclins cognitif et attentionnel.
- Nous avons préféré écarter les contes qui pouvaient être jugés enfantins de par des éléments caractéristiques comme des personnages exclusivement animaux par exemple.
- Nous avons privilégié la diversité des contes en cherchant des écrits de tous genres et de toutes origines : contes des frères GRIMM, contes de PERRAULT, contes d'ANDERSEN, contes connus, contes inconnus, contes merveilleux, contes réalistes, contes européens ou encore contes japonais. Nous pensions en effet qu'il était intéressant de proposer cette diversité plutôt que de rester sur un seul et même genre de conte. Nous étions, de plus, dans le souci d'éviter une certaine lassitude de la part des patients.

➤ *Critères subjectifs :*

Notre choix a été influencé par notre propre opinion quant à nos lectures et notre envie de partager certains contes plus que d'autres avec nos patients. Il nous paraissait en effet primordial que notre enthousiasme transparaisse dans notre contage.

Selon ces critères, voici les dix contes qui ont été utilisés dans notre étude :

- *La belle au bois dormant* : conte merveilleux des frères GRIMM
(cf. Annexe 1)
- *La clé du bonheur* : conte réaliste, auteur inconnu
(cf. Annexe 2)
- *Le chat botté* : conte merveilleux de PERRAULT
(cf. Annexe 3)
- *Le miroir* : conte réaliste japonais de BOUCHOR
(cf. Annexe 4)
- *Les lutins et le cordonnier* : conte merveilleux des frères GRIMM
(cf. Annexe 5)
- *Le moulin magique* : conte merveilleux japonais, auteur inconnu
(cf. Annexe 6)
- *Le merle blanc* : conte merveilleux, auteur inconnu
(cf. Annexe 7)
- *La petite fille aux allumettes* : conte réaliste d'ANDERSEN
(cf. Annexe 8)
- *La princesse de pierre* : conte merveilleux des frères GRIMM
(cf. Annexe 9)
- *Les musiciens de Brême* : conte d'animaux des frères GRIMM (nous avons choisi ce conte bien qu'il mette en scène des animaux car il faisait également intervenir des humains et remplissait tous les autres critères)
(cf. Annexe 10)

Nous avons lu deux fois le même conte, soit un conte pour deux semaines d'ateliers. Nous avons procédé ainsi afin d'éviter la lassitude des patients et pour

constater si un conte lu une deuxième fois, après un intervalle d'une semaine, pouvait laisser des souvenirs. Cela aurait donc pu être l'occasion de verbalisations supplémentaires de la part de nos patients.

4.6. Grille d'analyse

4.6.1. Élaboration de la grille

Pour analyser au mieux les corpus de nos patientes relevés pendant l'atelier-conte, nous avons choisi de créer une grille individualisée, grille que nous avons remplie pour chaque patiente, après chaque atelier-conte. Les grilles ainsi remplies permettent de constater une éventuelle évolution de la communication de nos patientes.

Afin d'élaborer notre grille, nous nous sommes inspirée de la grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA de ROUSSEAU (1999) et des travaux de DELAROCHE et ROCHARD (1997) qui ont étudié la faisabilité et l'intérêt d'un tel outil d'analyse.

La grille de ROUSSEAU⁷ distingue et quantifie les actes de langage utilisés de manière adéquate et les actes de langage utilisés de manière inadéquate. L'outil distingue 6 sortes d'actes de langage:

- questions
- réponses
- description
- affirmation
- mécanismes conversationnels
- performative (*tel est le cas d'une expression qui « fait » littéralement ce qu'elle énonce, exemple : « je vous déclare mari et femme » où la phrase fait changer le statut des fiancés quand elle est prononcée*)
- divers

⁷ La démarche de ROUSSEAU était de créer une situation de communication entre un sujet et un examinateur, à partir de trois situations d'interlocution : entretien dirigé, tâche d'échange d'informations et discussion libre. Ce temps était filmé et enregistré pour pouvoir analyser les trois corpus et ainsi remplir la grille, le but étant d'obtenir un profil tant qualitatif que quantitatif des possibilités de communication du sujet dans ces trois situations différentes.

Il s'agit alors d'inscrire le nombre d'actes adéquats et préciser la nature des actes inadéquats : absence de cohésion, absence de feedback, absence de cohérence. Ces items sont eux-mêmes divisés en sous-items pour plus de précision (*exemple : pour l'item absence de cohésion, il faudra distinguer si cette absence est de type grammatical ou de type lexical*).

Nous avons donc utilisé certains de ces items et nous en avons ajouté d'autres afin que notre grille puisse qualifier et quantifier ce que nous désirions analyser.

Quatre grands thèmes ont été dégagés pour notre grille:

- **l'appétence** du patient à la communication
- **l'orientation** des propos du patient
- **la tonalité** du discours du patient
- **la qualité** du discours du patient

Chacun de ces thèmes comporte plusieurs sous-items que nous présenterons ci-après.

Une première version de la grille avait été élaborée en décembre et testée à la fin du mois, à l'occasion d'un essai d'atelier fait en décembre. Des premières modifications avaient alors été faites concernant le côté pratique de la grille (plus de lisibilité et des colonnes pour faire les totaux notamment).

Enfin, pour arriver à la version définitive de notre grille, nous avons procédé à de nombreux remaniements au cours des ateliers-conte, en nous adaptant au contenu du discours des patientes. De nouveaux sous-items ont ainsi été pensés et rajoutés à notre trame de départ.

4.6.2. Définition des items de la grille

Voici tous les items expliqués de notre grille (cf. : *Annexe 11*) :

I – Appétence à la communication

1 – *Nombre de fois où le patient prend la parole :*

a – *Nombre de fois où le patient s'adresse à la conteuse :*

- **Sans incitation extérieure** : nombre de fois où le patient s'adresse à la conteuse de manière spontanée, c'est-à-dire sans que quelqu'un ne l'ait invité à prendre la parole.
- **Pour répondre à une question que lui pose la conteuse** : nombre de fois où le patient répond à une question que lui a posée la conteuse personnellement.
- **Pour répondre à une question posée au groupe par la conteuse** : nombre de fois où le patient s'adresse à la conteuse pour répondre à une question qu'elle a posée au groupe entier.
- **En réaction à ce qu'a dit la conteuse** : nombre de fois où le patient réagit à un propos de la conteuse, en prenant la parole à son tour.

b – *Nombre de fois où le patient s'adresse à un participant :*

- **Sans incitation extérieure** : nombre de fois où le patient s'adresse à un participant de manière spontanée, sans que quelqu'un ne l'ait invité à prendre la parole.
- **Pour répondre à une question que lui pose un participant** : nombre de fois où le patient répond à une question qui lui a été personnellement posée par un participant.

- **Pour répondre à une question posée par un participant au groupe** : nombre de fois où le patient répond à une question posée par un participant au groupe entier et non à lui personnellement.
- **En réaction à ce qu'a dit un participant** : nombre de fois où le patient réagit aux propos d'un participant en prenant la parole à son tour.

c – Nombre de fois où le patient s'adresse au groupe :

- **Sans incitation extérieure** : nombre de fois où le patient s'adresse au groupe de manière spontanée, sans que quelqu'un ne l'y ait invité.
- **En réaction à ce qu'a dit la conteuse** : nombre de fois où le patient réagit aux propos de la conteuse en s'adressant au groupe entier.
- **En réaction à ce qu'a dit un participant** : nombre de fois où le patient réagit aux propos d'un participant en s'adressant au groupe entier.

2 – *Nombre de fois où le patient ne donne pas de réponse à la question qui lui est personnellement posée :*

- **Par la conteuse** : nombre de fois où le patient ne répond pas à une question que lui pose personnellement la conteuse.
- **Par un participant** : nombre de fois où le patient ne répond pas à une question que lui pose personnellement un participant.

3 – *Moment où le patient prend la parole :*

- **Pendant la présentation** : nombre de fois où le patient prend la parole lors de la présentation de l'atelier, des participants et du conte.
- **Pendant l'écoute du conte** : nombre de fois où le patient prend la parole lors du contage.
- **Pendant la discussion** : nombre de fois où le patient prend la parole pendant la discussion qui suit l'écoute du conte.

- **Au moment de se quitter** : nombre de fois où le patient prend la parole à la fin de l'atelier, c'est-à-dire quand il est le moment de se quitter.

II – Orientation des propos

1 – *Sujets abordés par le patient* : nous notons ici les sujets abordés par le patient en précisant à qui il s'adresse (à la conteuse, au groupe entier, à un participant).

Exemple : Sujet : les médias d'aujourd'hui
A qui ? à la conteuse

2 – *Nombre de fois où le patient exprime oralement des émotions* : pour chacune des émotions suivantes exprimées oralement par le patient, nous précisons à qui il en fait part : au groupe, à la conteuse, à un participant :

- Joie
- Peur
- Tristesse
- Colère
- Doute
- Gêne
- Étonnement
- Ennui
- Nostalgie

3 – *Nombre de fois où le patient exprime son imaginaire (création d'images, invention d'idées)* :

- **En faisant référence au conte** : nombre de propos du patient qui témoignent de son imaginaire, en relation avec le conte écouté.

Exemple : « c'était moi la princesse » (nous précisons qu'il ne s'agissait pas d'une incohérence verbale mais bel et bien de l'expression de l'imaginaire du patient)

- **En faisant référence à son vécu** : nombre de propos du patient témoignant de son imaginaire, en relation avec son vécu personnel.

4 – *Nombre de fois où le patient fait allusion à une situation familière (vécue) ou marquante (situation, fait qui a laissé un souvenir en mémoire) en référence à un moment dans le temps :*

- **Vécu ancien** : le patient fait référence à un moment passé.
- **Moment présent** : le patient fait référence au moment présent.
- **Projection dans le futur** : le patient fait une projection dans le futur.

Nous précisons à chaque fois à qui le patient s'adresse : à la conteuse, au groupe, à un participant.

5 – *Nombre de fois où le patient exprime son avis personnel* : nous incluons dans cet item tous les commentaires que le patient utilise pour exprimer son avis personnel. Nous précisons à qui il s'adresse: à la conteuse, au groupe, à un participant.

6 – *Nombre de fois où le patient exprime son incompréhension ou une demande de précision* : nous incluons ici tous les propos du patient qui témoignent de son incompréhension ainsi que ceux exprimant une demande de précision. Nous précisons à qui le patient s'adresse à chaque fois : à la conteuse, au groupe, à un participant.

7 – *Nombre de fois où le patient demande de répéter une information* : nombre de propos du patient destinés à faire répéter la personne à qui il s'adresse. Nous précisons s'il s'agit de la conteuse, du groupe ou d'un participant.

8 – *Nombre de questions posées par le patient* : nombre de questions que le patient pose à la conteuse, au groupe entier ou à un participant.

III – Tonalité du discours

1 – *Nombre de marques d'humour faites par le patient* : nous faisons référence aux propos du patient qui sont teintés d'humour. Nous précisons vers qui ces marques d'humour sont adressées.

2 – *Nombre de marques de soutien exprimées par le patient* : nous incluons ici les propos du patient qui rendent compte de son soutien vis-à-vis des dires d'un intervenant dans le groupe. Nous précisons vers qui ce soutien est adressé : vers la conteuse ou vers un autre participant.

Exemple : « *vous avez bien raison* »

3 – *Nombre de propos agressifs ou houleux exprimés par le patient* : nombre de propos teintés d'agressivité ou de colère. Nous précisons vers qui le patient s'adresse : la conteuse, le groupe, un participant.

4 – *Nombre de fois où l'on peut repérer un mécanisme de défense chez le patient* : nous faisons référence aux propos du patient qui reflètent des mécanismes de défense empêchant un réel échange d'idées : déni, idéalisation, idées butées... Nous précisons à qui le patient s'adresse : la conteuse, le groupe, un participant.

IV – Qualité du discours

1 – *Cohérence du discours du patient* :

- **Nombre de propos cohérents** : nombre de propos du patient que nous jugeons cohérents, c'est-à-dire ceux qui restent logiques de par leur sens et leurs idées exprimées.
- **Nombre de propos incohérents** : nombre de propos incohérents du patient, à savoir tous les propos qui sont illogiques (de par leurs idées, leur sens).

- **Nombre de fois où le patient perd le thème de la discussion** : nombre de propos qui témoignent de la perte du thème de la discussion par le patient (digression, oubli du thème).
- **Nombre de formules vides de sens utilisées par le patient** : nombre de propos exprimés par les formules vides de sens, à savoir plaquées ou dont le sens est peu significatif.

2 – *Élaboration du discours du patient* :

- **Nombre de phrases élaborées** : nous incluons ici tous les propos du patient qui correspondent au minimum à une phrase simple (de type sujet + verbe + complément). Les phrases complexes avec élongations propositionnelles sont donc incluses.
- **Nombre de réponses fermées ou sous forme d'interjections** : nous faisons référence aux réponses a minima, c'est-à-dire aux réponses limitées de type « oui », « non », « peut être », « voilà », « tout à fait », etc. ainsi qu'aux réponses faites d'interjections : « ah ! », « ohlala ! » etc.
- **Nombre de répétitions** : nombre de fois où le patient se répète.

3 – *Prise de parole du patient* :

- **Nombre de fois où le patient ne respecte pas les tours de parole** : nous faisons référence aux moments où le patient coupe la parole d'un intervenant pendant que ce dernier s'exprime ou quand le patient répond à une question qui ne lui est pas adressée.
- **Nombre de temps de latence avant de répondre à une question** : nous quantifions les fois où le patient a besoin d'un temps de latence (quelques secondes) avant de répondre à une question qui lui est personnellement posée.

4 – *Intelligibilité* :

- **Nombre de fois où le corpus du patient n'est pas identifiable** : nous quantifions les propos inintelligibles du patient. Nous ne pouvons alors les identifier et les classer dans un autre item.

4.6.3. Utilisation de la grille

Nous avons rempli cette grille après chaque atelier-conte, pour chaque patiente. Pour ce faire, nous avons visionné les vidéos des ateliers, afin de ne perdre aucune information.

Notre manque d'expérience en cet exercice rendait cette manipulation assez difficile au début, mais au fil des ateliers la procédure est devenue plus aisée. De plus, le son du caméscope était mauvais, aussi nous avons dû nous procurer des enceintes plus performantes, afin de faciliter l'écoute des vidéos.

Tout le long de notre étude, le principal problème était de faire nos ateliers dans la salle commune (et non pas dans une petite pièce calme réservée à notre étude) : la bande-son était donc régulièrement parasitée par les bruits alentours (paroles d'autres résidents, mouvements, bruits de travaux...). Ceci rendait alors le travail d'analyse plus compliqué et il a été nécessaire de visionner plusieurs fois certaines des vidéos afin de ne pas commettre d'erreurs.

Le but de regrouper toutes les grilles ainsi remplies était de pouvoir établir des comparaisons pour chaque patient et de nous rendre compte d'une évolution, ascendante ou descendante, dans chacun des domaines et des sous-domaines étudiés.

Nous avons converti certaines données chiffrées en pourcentages afin de visualiser la progression de certains items par rapport au corpus total (*exemple : le pourcentage du corpus d'un patient adressé à la conteuse par rapport à son corpus total*). Les autres données chiffrées ne correspondant pas à un pourcentage par rapport à un ensemble sont restées « brutes » (*exemple : nombre de sujets abordés au cours de l'atelier*). Nous avons ainsi obtenu des tableaux.

Enfin, nous avons transformé nos tableaux de données en diagrammes et en courbes afin de visualiser au mieux l'évolution de nos quatre patientes au fil des ateliers-conte. Nous en avons tiré des conclusions que nous allons présenter dans le chapitre suivant.

Résultats

Voici les résultats de notre étude. Nous exposerons dans un premier temps l'évolution des patients dans chacun des items de la grille. Ensuite, nous ferons une conclusion pour chaque patient et nous finirons par une conclusion générale.

5. Résultats de notre étude

5.1. Analyse des résultats et évolution de chaque patient

5.1.1. Mme P.

Mme P. a participé à 14 ateliers-conte, ayant refusé de venir aux autres ou bien ayant été dans l'impossibilité d'y assister (sieste).

Les débuts ont été difficiles : si Mme P. acceptait de participer, il est souvent arrivé qu'elle intervienne de manière agressive pendant l'écoute du conte, répétant « *c'est pas possible !* » (en faisant référence au déroulement du conte), et trouvant les contes enfantins voire régressifs (« *nous voilà à la maternelle !* »). Pourtant, Mme P. ne voulait jamais quitter l'atelier et nous sommait de continuer le contage. Le plus étonnant était qu'à la fin de plusieurs ateliers, durant lesquels elle se disait être « *contre* », elle déclarait beaucoup apprécier le conte, allant jusqu'à nommer les ateliers-conte de « *moments pour se vider le cœur* ».

Au fil des ateliers, Mme P. s'est peu à peu adoucie et rejoignait le groupe avec plus de plaisir.

De manière générale, Mme P. est la patiente qui est la plus intervenue pendant les ateliers, endossant un statut de « leader » de la discussion. En outre, elle avait tendance à réagir à tout ce qui était dit et n'hésitait pas à couper la parole d'un autre participant. Elle digressait beaucoup et ses réponses étaient souvent incohérentes: Mme P. avait tendance à se contredire. Paradoxalement, il arrivait que ses propos soient très pertinents.

De plus, il était très fréquent que la patiente se sente agressée verbalement par la conteuse ou par les autres participants : ses productions étaient alors teintées d'agressivité et totalement inadaptées. Cependant, Mme P. se radoucissait vite et il était alors possible de continuer la discussion sur un ton calme et poli.

Au début de nos interventions, Mme P. ne parlait pas de son passé ni de son vécu personnel. Toutefois, elle s'est mise à confier des souvenirs personnels vers la fin de l'étude.

Lors de la dernière séance, nous lui avons demandé si elle avait apprécié notre intervention. Elle n'a pas répondu et a digressé sur un autre sujet, comme si elle n'avait pas compris le sens de notre question. Et c'est quelques minutes après qu'elle nous a dit

avoir beaucoup apprécié ces moments qui étaient « *les seuls à [leur] être proposés pour s'exprimer ensemble* » : « *on ne se sent pas oublié* ».

Voici l'évolution de Mme P. que nous pouvons exposer à travers les résultats des 14 grilles d'analyse :

➤ *Appétence à la communication*

- **Évolution de la prise de parole** : les résultats montrent une légère diminution du nombre de fois où la parole a été prise. (*cf. Annexe 12, Tableau A1*)
- **Moment où la parole a été prise** : les résultats signifient que la patiente est majoritairement intervenue lors de la discussion, bien que Mme P. ait régulièrement pris la parole lors des quatre temps du conte, y compris lors de l'écoute du conte. Les courbes rendent compte d'une évolution ascendante de la prise de parole lors de la présentation et lors de la fin de l'atelier. En revanche, il apparaît que Mme P. est de moins en moins intervenue pendant la discussion et l'écoute du conte. (*cf. Annexe 12, Tableaux A2 et A2i*)
- **À qui la patiente s'est-elle adressée** : c'est à la conteuse que Mme P. s'est adressée en majorité. De plus, les résultats montrent que la patiente s'est adressée de moins en moins aux autres participants et de plus en plus à la conteuse. Mme P. ne s'est jamais adressée au groupe entier. (*cf. Annexe 12, Tableau A3 et A3i*)
- **Détail du corpus adressé à la conteuse** : sur les 14 ateliers, Mme P. s'est assez peu adressée à la conteuse quand il s'agissait de répondre à une question qu'elle lui avait personnellement posée. A l'inverse, la patiente a beaucoup pris la parole pour répondre à une question que la conteuse posait au groupe entier. Les résultats sont d'ailleurs en faveur d'une nette progression pour cet item, et montrent une nette diminution quant à l'item précédent. Enfin, l'évolution d'une prise de parole en réaction aux propos de la conteuse est presque nulle et est descendante quant à une prise de parole sans incitation extérieure. (*cf. Annexe 12, Tableaux A4 et A4i*)
- **Détail du corpus adressé aux participants** : c'est en majorité en réaction aux propos d'un participant que Mme P. s'est adressée à celui-ci et quelques rares fois en vue de répondre à une question qu'un participant lui posait en particulier. Une fois seulement, la patiente s'est adressée à un participant sans incitation extérieure. L'évolution de la prise de parole en réaction à ce qu'a dit un participant est légèrement ascendante et à l'inverse légèrement descendante quant il s'agissait de répondre à une

question posée personnellement à la patiente. (cf. *Annexe 12, Tableaux A5 et A5i*)

➤ *Orientation des propos*

- **Expression orale des émotions** : Mme P. a commencé à exprimer régulièrement ses émotions à partir du 8^e atelier-conte. Il s'agissait d'exprimer de la colère, de la tristesse, de l'étonnement, de la joie et de la peur.
Mme P. a exprimé ses émotions le plus souvent à la conteuse et ceci avec une nette évolution ascendante. Cette progression est moins marquée quant à l'expression orale des émotions aux autres participants. (cf. *Annexe 12, Tableaux A6 et A6i*)
- **Expression de son avis personnel** : Mme P. a de plus en plus exprimé son avis personnel au fil des ateliers-conte. Il s'agit d'ailleurs de la majorité de ses interventions. La patiente a surtout donné son avis personnel à la conteuse et les résultats montrent une augmentation progressive pour cet item. A l'inverse, Mme P. a de moins en moins donné son avis personnel aux participants. (cf. *Annexe 12, Tableaux A7 et A7i*)
- **Expression de son incompréhension ou demande de précision** : cet item a fait l'objet de peu d'interventions de la part de Mme P. De plus, l'évolution est descendante. Mme P. s'est exclusivement adressée à la conteuse (cf. *Annexe 12, Tableaux A7 et A7ii*)
- **Demandes de répéter une information** : il est arrivé une fois au cours des ateliers que Mme P. demande à la conteuse de répéter une information. Nous ne pouvons donc pas en conclure d'évolution significative. (cf. *Annexe 12, Tableaux A7 et A7iii*)
- **Questions posées** : Mme P. a posé de plus en plus de questions au fil des 14 ateliers et ceci majoritairement à la conteuse (et selon une progression significative). Les résultats obtenus pour le nombre de questions posées à un participant varient mais rendent compte d'une évolution ascendante stable. (cf. *Annexe 12, Tableaux A8 et A8i*)
- **Sujets de conversation abordés** : les résultats témoignent d'une légère progression. Mme P. abordait des sujets avec la conteuse comme avec un des participants. En revanche, si le nombre de sujets abordés avec un participant est en progression, celui avec la conteuse est en baisse. Les sujets abordés n'ont pu être classés du fait de leur grande variété. (cf. *Annexe 12, Tableau A8 et A8ii*)

- **Expression de son imaginaire** : les résultats sont assez bas, Mme P. étant par ailleurs très attachée au réel. Il n'y a pas d'évolution. (cf. *Annexe 12, Tableau A8*)
- **Références à un moment dans le temps** : le vécu ancien a été le plus signifié à travers le corpus de la patiente. Il rend en effet compte d'une progression marquée. En revanche, le présent et le futur n'ont pas été significativement abordés. (cf. *Annexe 12, Tableaux A9 et A9i*)

➤ *Tonalité du discours*

- **Marques d'humour** : les chiffres sont très hétérogènes et témoignent d'une très légère progression. Les marques d'humour ont majoritairement été adressées à la conteuse. (cf. *Annexe 12, Tableaux A10 et A10i*)
- **Marques de soutien** : elles ont été plus nombreuses que les marques d'humour et suivent la même évolution ascendante que ces dernières. Elles ont été adressées à la conteuse pour la grande majorité (une seule fois envers un participant). (cf. *Annexe 12, Tableaux A10 et A10ii*)
- **Propos agressifs ou houleux** : ils ont été récurrents au cours des ateliers et leur évolution est très nette. La tendance est à la hausse envers les participants comme envers la conteuse. (cf. *Annexe 12, Tableaux A11 et A11i*)
- **Mécanismes de défense** : très élevés au début de notre intervention, ils ont peu à peu diminué. Ils étaient majoritairement adressés à la conteuse. (cf. *Annexe 12, Tableaux A11 et A11ii*)

➤ *Qualité du discours*

- **Cohérence du discours** : malgré de nombreux propos incohérents, il apparaît que le discours de Mme P. était majoritairement composé de propos cohérents. De même, il se dessine une évolution ascendante des propos cohérents et à l'inverse une diminution du pourcentage de propos incohérents au fil des ateliers-conte. (cf. *Annexe 12, Tableaux A12 et A12i*)
- **Élaboration du discours** : le discours de la patiente a été en grande partie composé de phrases élaborées et les pourcentages dessinent une légère progression. Ainsi, le pourcentage de phrases non élaborées par rapport au corpus total de la patiente avait tendance à diminuer. (cf. *Annexe 12, Tableaux A13 et A13i*)

- **Perte du thème de la discussion** : les résultats, bien que très hétérogènes au cours des 14 ateliers-conte, témoignent d'une évolution ascendante. (cf. Annexe 12, Tableau A14)
- **Formules vides de sens** : Mme P. n'en a produit que peu et leur évolution a été descendante tout le long des ateliers. (cf. Annexe 12, Tableau A14)
- **Ne répond pas** : c'est arrivé à deux reprises, lors des premiers ateliers. Mme P. a par la suite toujours répondu aux questions qui lui étaient posées. (cf. Annexe 12, Tableau A14)
- **Répétitions** : Mme P. en a fait régulièrement mais l'évolution est descendante. (cf. Annexe 12, Tableau A14i)
- **Non respect des tours de parole** : la patiente n'a que très rarement respecté les tours de parole. Les résultats ne rendent compte d'aucune évolution positive comme négative. (cf. Annexe 12, Tableau A14i)
- **Temps de latence pour répondre** : Mme P. n'a eu besoin d'aucun temps de latence avant de répondre aux questions. (cf. Annexe 12, Tableau A14i)

5.1.2. Mme Mau.

Mme Mau. s'est souvent présentée angoissée (ou du moins anxieuse) avant les ateliers, du fait de sa désorientation spatio-temporelle sévère. En effet, il n'était pas rare de la voir errer dans les couloirs ou bien assise à une table, demandant à chaque passant pourquoi personne n'allait la coucher. La présence de son sac à main semblait la reconforter, aussi il était difficile d'apaiser Mme Mau. quand elle l'avait égaré. Parfois, l'écoute du conte semblait quelque peu la calmer.

Malgré cette angoisse récurrente, la patiente est toujours venue avec sourire aux ateliers et a participé à tous ceux qui ont été mis en place. Bien qu'elle souffre d'une hypoacousie et que son niveau de français ne lui permette pas de comprendre le conte dans sa totalité, elle disait apprécier ces moments. Vers la fin de notre intervention, elle a voulu s'assurer que nous reviendrions la semaine suivante.

Cependant, nous avons remarqué que sa participation devenait de moins en moins active au fil des ateliers. Aussi, nous sommes-nous interrogée sur la pertinence de sa présence : était-elle toujours intéressée par le support conte ? Se sentait-elle isolée du fait de ses difficultés de compréhension ? Pourtant, s'il était rappelé régulièrement à Mme Mau. qu'elle pouvait quitter l'atelier quand elle le désirait, jamais elle n'est partie. Il nous semblait par ailleurs qu'elle était toujours satisfaite de pouvoir s'exprimer sur son passé.

Il est important de noter que Mme Mau. était incapable de se centrer sur le conte pendant la discussion : malgré nos questions pourtant précises, elle nous parlait essentiellement de son passé (son enfance, son arrivée en France et le problème de la langue, son métier de femme de ménage très difficile) et mélangeait alors souvent français et espagnol (s'en rendait-elle compte ou bien essayait-elle de compenser un vocabulaire ou une syntaxe qu'elle ne maîtrisait pas suffisamment ?).

Voici les résultats de Mme Mau., relevés à travers ses 20 grilles d'analyse :

➤ *Appétence à la communication*

- **Évolution de la prise de parole** : les résultats confirment notre impression d'une participation de moins en moins active de la part de la patiente. (cf. *Annexe 13, Tableau B1*)
- **Moment où la parole a été prise** : si lors du premier atelier Mme Mau. n'avait pas pris la parole pendant la discussion, cela s'est inversé progressivement à partir du second atelier et il apparaît nettement que ce temps fut le moment privilégié de la patiente pour prendre la parole. En revanche, Mme Mau. a peu à peu délaissé les autres temps de l'atelier, à part le moment de se quitter, dont le pourcentage de prise de parole par rapport au corpus total est resté relativement stable. (cf. *Annexe 13, Tableaux B2 et B2i*)
- **A qui la patiente s'est-elle adressée** : Mme Mau. s'adressait plus volontiers et ce, de façon croissante, à la conteuse. A l'inverse, la patiente s'adressait assez peu et de moins en moins aux participants. Jamais Mme Mau. ne s'est adressée au groupe entier. (cf. *Annexe 13, Tableaux B3 et B3i*)
- **Détail du corpus adressé à la conteuse** : au cours des ateliers, Mme Mau. s'est un peu plus souvent adressée à la conteuse quand elle lui posait personnellement une question et à l'inverse de moins en moins quand il s'agissait d'une question posée au groupe entier. Ses paroles, en réaction aux propos de la conteuse, ont été également plus nombreuses, mais la progression est minime. Quant au corpus adressé à la conteuse sans incitation extérieure, il ne connaît pas de progression flagrante, bien que les résultats soient assez peu homogènes. (cf. *Annexe 13, Tableaux B4 et B4i*)
- **Détail du corpus adressé aux participants** : tous les items témoignent d'une diminution plus ou moins marquée par rapport au corpus total adressé aux participants. (cf. *Annexe 13, Tableaux B5 et B5i*)

➤ *Orientation du discours*

- **Expression orale des émotions** : Mme Mau. n'a exprimé oralement des émotions qu'au cours de 8 ateliers. Il s'agissait de la tristesse, de la colère, de la nostalgie, de la joie, de la gêne et de l'ennui. Souvent ces émotions étaient en rapport avec ses souvenirs, quelques rares fois avec le conte. Ses émotions étaient essentiellement adressées à la conteuse et les résultats témoignent d'une tendance descendante. (cf. *Annexe 13, Tableaux B6 et B6i*)
- **Expression de son avis personnel** : bien que les résultats de cet item soient hétérogènes tout au long des ateliers, ils rendent compte d'une légère évolution ascendante. Beaucoup de ses avis personnels étaient adressés à la conteuse et ce de façon croissante. (cf. *Annexe 13, Tableaux B7 et B7i*)
- **Expression de son incompréhension ou demande de précision** : il n'y a pas d'évolution, Mme Mau. en adressant peu et, en outre, exclusivement à la conteuse. (cf. *Annexe 13, Tableau B7*)
- **Demandes de répéter une information** : il n'est arrivé qu'à trois reprises que la patiente demande à la conteuse de répéter une information, nous ne pouvons donc en conclure d'évolution. (cf. *Annexe 13, Tableau B7*)
- **Questions posées** : quatre questions ont été posées au total, ce qui est peu, illustrées par une tendance légèrement ascendante. Elles ont été posées le plus souvent à la conteuse. (cf. *Annexe 13, Tableaux B8 et B8i*)
- **Sujets abordés** : Mme Mau. a abordé de plus en plus de sujets au cours des ateliers, la progression est par ailleurs très nette. Les sujets étaient essentiellement adressés à la conteuse. La majorité des sujets abordés par la patiente concernait son enfance ou son arrivée en France. (cf. *Annexe 13, Tableau B8 et B8ii*)
- **Expression de son imaginaire** : une fois seulement Mme Mau. a exprimé son imaginaire, ce qui ne permet pas d'établir une évolution. (cf. *Annexe 13, Tableau B8*)
- **Références à un moment dans le temps** : le vécu ancien a été majoritairement abordé au cours des ateliers de la patiente, mais il semble que les résultats soient en baisse. Le présent et le futur ont été très peu abordés et il n'y a pas eu d'évolution notable. Mme Mau. s'est adressée essentiellement à la conteuse, une seule fois à un participant. (cf. *Annexe 13, Tableaux B9 et B9j*)

➤ *Tonalité du discours*

- **Marques d'humour** : la patiente en a produit assez peu souvent et ce de moins en moins au cours des ateliers. Ces marques d'humour étaient pour la majorité à l'attention de la conteuse. (cf. *Annexe 13, Tableaux B10 et B10i*)
- **Marques de soutien** : également en majorité à l'attention de la conteuse, la patiente en a produit peu et ce, de moins en moins. (cf. *Annexe 13, Tableaux B10 et B10ii*)
- **Propos agressifs** : à deux reprises, Mme Mau. a été agressive verbalement et à chaque fois ce fut à l'attention d'un participant. Ces deux interventions étaient isolées, aussi nous ne pouvons conclure à une quelconque évolution. (cf. *Annexe 13, Tableaux B11 et B11i*)
- **Mécanismes de défense** : Mme Mau. n'y a pas eu recours. (cf. *Annexe 13, Tableau B11*)

➤ *Qualité du discours*

- **Cohérence du discours** : les corpus relevés chez Mme Mau. étaient en majorité composés de propos cohérents, dont l'évolution a été croissante. (cf. *Annexe 13, Tableaux B12 et B12i*)
- **Élaboration du discours** : la majorité des phrases produites par la patiente étaient élaborées. L'évolution du pourcentage des phrases élaborées par rapport au corpus total prend par ailleurs une forme ascendante. (cf. *Annexe 13, Tableaux B13 et B13i*)
- **Perte du thème de la discussion** : elles ont été récurrentes et majeures tout au long des ateliers. Cependant, les résultats témoignent d'une diminution. (cf. *Annexe 13, Tableau B14*)
- **Formules vides de sens** : Mme Mau. n'en a produit qu'une seule, ce résultat ne nous permet donc pas de faire de conclusion. (cf. *Annexe 13, Tableau B14*)
- **Ne répond pas** : Mme Mau. a répondu à toutes les questions qui lui ont été posées. (cf. *Annexe 13, Tableau B14*)
- **Répétitions** : elles ont été rares et essentiellement pendant l'avant dernier atelier. Nous ne pouvons en déduire une quelconque évolution. (cf. *Annexe 13, Tableau B14i*)

- **Non respect des tours de parole** : ils étaient récurrents mais les résultats indiquent une tendance à la baisse. (cf. *Annexe 13, Tableau B14i*)
- **Temps de latence pour répondre** : Mme Mas. n'y a pas eu recours. (cf. *Annexe 13, Tableau B14i*)

5.1.3. Mme Mas.

Il a fallu environ deux mois pour que Mme Mas. s'inscrive réellement dans le groupe. En effet, lors de cette première période, la patiente quittait régulièrement l'atelier pour téléphoner ou retournait dans sa chambre juste avant que nous commençons la discussion. Au début de nos interventions, Mme Mas. ne reconnaissait pas la conteuse, ou bien son visage lui laissait un vague souvenir.

Cependant, sa présence a été plus régulière à partir de mars et il nous semblait alors que Mme Mas. venait avec plaisir. Elle était de plus très contente de retrouver Mme Mau. avec qui elle avait souvent des échanges pendant et hors les ateliers-conte.

Pendant les ateliers, Mme Mas. s'est révélée être assez critique à l'égard des autres participants et il n'était pas rare qu'elle se moque ouvertement de ces derniers. Il semblerait toutefois que ce soit son trait de caractère. Elle était également critique envers elle-même et il lui est arrivé de s'insulter à plusieurs reprises.

Mme Mas. était dans la plainte ; sa santé l'inquiétait beaucoup et il est arrivé qu'elle ne puisse participer à nos ateliers en raison de son inquiétude. De plus, la patiente était extrêmement pessimiste quant à son pronostic vital : elle affirmait avoir un cancer et bientôt mourir (nous n'avons relevé aucune information de la sorte dans son dossier médical). Son état de santé l'a par ailleurs empêchée de participer aux derniers ateliers-conte : en effet, Mme Mas. était fatiguée et déprimée.

Pendant les discussions, Mme Mas. avait tendance à faire de l'humour. Son humeur « en dents de scie » faisait qu'elle pouvait être optimiste et très pertinente dans ses réponses, tout comme il pouvait lui être impossible de mettre de côté ses inquiétudes et elle perséverait alors souvent dans ses réponses.

Voici plus précisément les résultats des grilles d'analyse, Mme Mas. ayant participé à 12 ateliers :

➤ *Appétence à la communication*

- **Évolution de la prise de parole** : il apparaît que la patiente a de plus en plus pris la parole au fil des ateliers. (cf. *Annexe 14, Tableau C1*)

- **Moment où la parole a été prise** : la majorité des prises de parole de Mme Mas. fut pendant la discussion. L'évolution est d'ailleurs croissante pour ce temps de l'atelier. En revanche, les premières et dernières parties de l'atelier ont été, semble-t-il, progressivement désinvesties. Enfin, la patiente est moins intervenue pendant l'écoute du conte. (cf. *Annexe 14, Tableaux C2 et C2i*)
- **A qui la patiente s'est-elle adressée** : Mme Mas. s'est principalement adressée à la conteuse. Cependant, nous ne pouvons pas dégager d'évolution, que ce soit avec la conteuse comme avec les autres participants. La patiente ne s'est jamais adressée au groupe entier. (cf. *Annexe 14, Tableaux C3 et C3i*)
- **Détail du corpus adressé à la conteuse** : nous pouvons constater que la majeure partie des interventions envers la conteuse étaient sans incitation extérieure mais les écarts entre les chiffres ne permettent pas de dégager une quelconque évolution. En revanche, il apparaît que la patiente s'est de plus en plus adressée à la conteuse, en réaction à ce que disait cette dernière. La tendance est légèrement ascendante en ce qui concerne les prises de parole pour répondre à une question posée par la conteuse au groupe. A l'inverse, les prises de parole en réponse à une question posée personnellement à la patiente par la conteuse semblent en baisse. (cf. *Annexe 14, Tableaux C4 et C4i*)
- **Détail du corpus adressé aux participants** : la majorité des prises de parole de la patiente furent en réaction aux propos d'un participant, ceci de manière ascendante au fil des ateliers. En revanche, Mme Mas. s'est de moins en moins adressée aux participants, que ce soit de manière spontanée comme pour répondre à une question qui lui était personnellement posée. (cf. *Annexe 14, Tableaux C5 et C5i*)

➤ *Orientation du discours*

- **Expression orale des émotions** : l'étonnement et la tristesse ont été évoqués plusieurs fois au cours des ateliers. L'ennui et la joie ont été évoqués également mais de façon plus isolée. Ces émotions ont été principalement transmises à la conteuse, et ceci avec une évolution nettement ascendante. A deux reprises, la patiente s'est adressée à un participant pour évoquer ses émotions, mais ceci ne permet pas de dégager d'évolution. (cf. *Annexe 14, tableaux C6 et C6i*)
- **Expression de son avis personnel** : au fil des ateliers, la patiente a de plus en plus exprimé son avis personnel. La conteuse était l'interlocuteur privilégié mais Mme Mas. a également exprimé son avis personnel aux

autres participants. La tendance est à la hausse concernant la conteuse comme les participants. (cf. *Annexe 14, Tableaux C7 et C7i*)

- **Expression de son incompréhension ou demande de précision :** la patiente a de moins en moins évoqué d'incompréhension ou de demandes de précision. Si ses remarques étaient adressées principalement à la conteuse, l'évolution est également descendante. (cf. *Annexe 14, Tableaux C7 et C7ii*)
- **Demandes de répéter une information :** il est arrivé à la patiente de demander à la conteuse de répéter une information mais ces interventions sont trop peu nombreuses pour pouvoir démontrer une évolution. (cf. *Annexe 14, Tableaux C7 et C7iii*)
- **Questions posées :** les chiffres très éloignés les uns des autres ne peuvent mettre en avant une quelconque évolution quant au nombre de questions posées. En revanche, il est possible de conclure d'une évolution ascendante quant au nombre de questions posées à la conteuse, et descendante quant à celles posées à un participant. (cf. *Annexe 14, Tableaux C8 et C8i*)
- **Sujets abordés :** il apparaît que Mme Mas. a de plus en plus abordé de sujets au fil des ateliers, que ce soit avec la conteuse comme avec un des participants. Les sujets abordés n'ont pu être classés du fait de leur grande variété. (cf. *Annexe 14, Tableaux C8 et C8ii*)
- **Expression de son imaginaire :** la tendance est à la baisse, Mme Mas. ayant de moins en moins exprimé son imaginaire. (cf. *Annexe 14, Tableau C8*)
- **Références à un moment dans le temps :** le vécu ancien a été le plus évoqué mais la tendance semble stable. Le moment présent a été progressivement moins abordé, à l'inverse du futur. La conteuse est restée l'interlocuteur privilégié mais la tendance dégagée par les chiffres évoque une diminution. La patiente a fait progressivement de plus en plus de références à un moment dans le temps envers un participant. (cf. *Annexe 14, tableaux C9 et C9i*)

➤ *Tonalité du discours*

- **Marques d'humour :** elles connaissent une nette tendance descendante. Ces marques étaient adressées majoritairement à la conteuse, légèrement moins aux participants, mais ces deux items sont tous deux en baisse. (cf. *Annexe 14, Tableaux C10 et C10i*)

- **Marques de soutien** : la tendance montre une légère progression. Elles étaient adressées exclusivement à la conteuse. (cf. *Annexe 14, Tableaux C10 et C10ii*)
- **Propos agressifs** : à une reprise, la patiente a été agressive envers un participant. Nous ne pouvons donc conclure d'une quelconque évolution. (cf. *Annexe 14, Tableaux C11 et C11i*)
- **Mécanismes de défense** : le corpus de Mme Mas. ne contient aucun mécanisme de défense. (cf. *Annexe 14, Tableau C11*)

➤ *Qualité du discours*

- **Cohérence du discours** : les corpus sont en majorité composés de propos cohérents. Toutefois, il semble apparaître une légère tendance descendante quant au nombre de propos cohérents et à l'inverse une légère tendance ascendante quant au nombre de propos incohérents. (cf. *Annexe 14, Tableaux C12 et C12i*)
- **Élaboration du discours** : la majeure partie des phrases produites par Mme Mas. sont élaborées. Il se dégage une très légère tendance ascendante de ce type de phrases, bien que peu significative. (cf. *Annexe 14, Tableaux C13 et C13i*)
- **Perte du thème de la discussion** : les chiffres semblent en légère augmentation. (cf. *Annexe 14, Tableau C14i*)
- **Formules vides de sens** : trois ont été produites, de manière espacée. Nous pouvons dégager une légère tendance ascendante, bien que peu significative. (cf. *Annexe 14, Tableau C14i*)
- **Ne répond pas** : il est arrivé une fois que Mme Mas. ne réponde pas à une question. Nous ne pouvons conclure à une quelconque évolution. (cf. *Annexe 14, Tableau C14i*)
- **Répétitions** : Mme Mas. avait peu tendance à faire de répétition. Nous ne pouvons dégager une quelconque évolution. (cf. *Annexe 14, Tableau C14*)
- **Non respect des tours de parole** : la tendance semble à la hausse, bien que Mme Mas. ait peu coupé la parole à un autre intervenant. (cf. *Annexe 14, Tableau C14*)
- **Temps de latence pour répondre** : Mme Mas. n'en a pas eu besoin. (cf. *Annexe 14, Tableau C14*)

5.1.4. Mme D.

Mme D. a participé à 12 ateliers-conte. Si la patiente disait apprécier ces moments et plus particulièrement le support conte, il a été difficile pour elle de se joindre à nous de manière régulière, en raison de soucis d'ordre familial. En effet, l'arrivée de son mari à l'EHPAD a quelque peu bouleversé notre patiente, qui disposait jusqu'alors d'une chambre simple, comme nous l'avons mentionné précédemment.

Mme D. résidait sur Tilleul. Quand son mari fut admis à l'EHPAD, ils ont partagé une chambre double sur Tournesol. Mme D. a donc dû abandonner ses repères et ne voyait plus ses amies que lors de l'atelier-conte.

Nous pouvons affirmer qu'il y a eu un réel changement de la part de Mme D. dès l'instant où elle a partagé la même chambre que son époux (à partir de son 6^e atelier-conte). En effet, la patiente était « *l'ombre de son mari* » (pour reprendre les termes de plusieurs aides-soignantes) et était très anxieuse à l'idée de le quitter, ne serait-ce que pour une demi-heure. Celui-ci pouvait d'ailleurs se mettre en colère si sa femme l'abandonnait quelques instants pour une activité quelconque. Mme D. se repliant sur elle-même et se refusant toute activité, les infirmiers et aides-soignantes ont beaucoup insisté pour que la patiente continue de participer à nos ateliers, malgré ses refus. Toutefois, Mme D. ayant besoin d'être sollicitée activement et se pliant assez facilement aux demandes des intervenants médicaux, il n'a pas été difficile de la convaincre de continuer les ateliers-conte. D'ailleurs, Mme D. déployait plus d'énergie et se préparait beaucoup plus rapidement que lorsqu'elle était seule dans une chambre, comme si elle désirait quitter son mari au plus vite.

Pendant les ateliers, Mme D. regardait vers la fenêtre et le sol et avait souvent le regard lointain, tout en ayant par moments un regard très appuyé sur la conteuse ou sur un participant qui parlait. Son attention était très labile et il suffisait de peu de bruit autour pour qu'elle perde le sujet de la discussion. Paradoxalement, Mme D. était la participante qui louait le plus le support conte : « *c'est extraordinaire que le conte revienne, c'était très réconfortant* », « *ça fait réfléchir* », « *c'est gentil car on ne s'attendait pas à avoir une conversation* »... et qui pouvait avoir des réflexions quant au conte entendu : « *la princesse, en fin de compte, se laisse mourir. Ça, ce n'est pas normal dans un conte. Parce que la vie ce n'est pas ça, la vie c'est la lutte* ».

Cependant, à partir du moment où Mme D. a partagé la même chambre que son mari, sa prise de parole a considérablement diminué, ses réponses se faisant souvent a minima. Elle parlait de moins en moins du conte et se répétait souvent. Enfin, il était très difficile pour elle d'élaborer. Elle se dénigrait en outre beaucoup plus qu'avant.

Voici les résultats des grilles d'analyse :

➤ *Appétence à la communication*

- **Évolution de la prise de parole** : elle a sensiblement diminué au fil des ateliers, les chiffres venant confirmer notre impression. (*cf. Annexe 15, Tableau D1*)
- **Moment où la parole a été prise** : principalement pendant la discussion, tout le long des ateliers. Mme D. a d'ailleurs privilégié de façon croissante ce temps de parole et s'est, semble-t-il, d'avantage mise en retrait lors des trois autres temps de l'atelier. (*cf. Annexe 15, Tableaux D2 et D2i*)
- **A qui la patiente s'est-elle adressée** : la majorité des propos de la patiente étaient adressés à la conteuse, mais il semblerait que cette tendance soit en légère baisse au fil de nos ateliers-conte. Mme D. s'adressait donc en moyenne un peu plus aux autres participants. La patiente ne s'est jamais adressée au groupe entier (*cf. Annexe 15, Tableaux D3 et D3i*)
- **Détail du corpus adressé à la conteuse** : la prise de parole était le plus souvent en réponse à une question que lui posait la conteuse et cette tendance était sensiblement à la hausse. A l'inverse, Mme D. s'est peu et de moins en moins adressée à la conteuse de manière spontanée (sans incitation extérieure) ou en réaction à ce que disait la conteuse. La tendance de la prise de parole en réponse à une question posée au groupe entier est apparemment stable, bien qu'avec des écarts importants. (*cf. Annexe 15, Tableaux D4 et D4i*)
- **Détail du corpus adressé aux participants** : le corpus était principalement en réaction à un propos d'un participant et cette progression est flagrante. Mme D. s'est rarement adressée à un participant sans incitation extérieure ou en réponse à une question de ce dernier. (*cf. Annexe 15, Tableaux D5 et D5i*)

➤ *Orientation du discours*

- **Expression orale des émotions** : Mme D. a exprimé très peu d'émotions (joie et étonnement) et seulement au cours de trois ateliers. Elle s'est alors adressée deux fois à la conteuse et une fois à un participant. Il est donc difficile de conclure à une évolution, les données n'étant pas assez nombreuses. (*cf. Annexe 15, Tableaux D6 et D6i*)
- **Expression de son avis personnel** : si Mme D. a souvent exprimé son avis personnel lors des premiers ateliers, elle l'a de moins en moins partagé par la suite : la tendance décroissante est très nette. Elle s'adressait

principalement à la conteuse mais une tendance légèrement ascendante concernant les avis personnels exprimés à un autre participant est à noter. (cf. Annexe 15, Tableaux D7 et D7i)

- **Expression de son incompréhension ou demande de précision :** Mme D. n'en a pas exprimé (cf. Annexe 15, Tableau D7)
- **Demandes de répéter une information :** Mme D. n'en a jamais produit. (cf. Annexe 15, Tableau D7)
- **Questions posées :** à partir du 6^e atelier, la patiente n'en a plus posé. Par ailleurs, les chiffres étaient en baisse. Les questions étaient toujours adressées à un participant. (cf. Annexe 15, tableaux D8 et D8i)
- **Sujets abordés :** Mme D. a abordé deux sujets avec la conteuse : le conte et la Gironde. Après le 6^e atelier, la patiente n'en a plus abordé. (cf. Annexe 15, Tableaux D8 et D8ii)
- **Expression de son imaginaire :** il est arrivé une fois que Mme D. exprime son imaginaire, ce qui ne suffit pas pour démontrer une évolution. (cf. Annexe 15, tableau D8)
- **Références à un moment dans le temps :** le vécu ancien a été le temps le plus rappelé mais non de façon récurrente. Nous remarquons qu'à partir du 6^e atelier, Mme D. n'a fait qu'une seule référence à un moment dans le temps (vécu ancien). Ces références étaient adressées à la conteuse et aux participants de manière égale. (cf. Annexe 15, Tableaux D9 et D9i)

➤ *Tonalité du discours*

- **Marques d'humour :** les chiffres témoignent d'une diminution de ces marques d'humour au fil des ateliers. Elles étaient en majorité adressées à un participant. (cf. Annexe 15, Tableaux D10 et D10i)
- **Marques de soutien :** nous observons la même progression décroissante que pour les marques d'humour. Adressées de manière égale à la conteuse et aux participants, il semble que la baisse envers ces derniers soit moins flagrante. (cf. Annexe 15, Tableaux D10 et D10ii)
- **Propos agressifs :** Mme D. n'a jamais tenu de propos agressifs. (cf. Annexe 15, Tableau D11)
- **Mécanismes de défense :** les propos de Mme D. ne montrent aucun mécanisme de défense (cf. Annexe 15, Tableau D11)

➤ *Qualité du discours*

- **Cohérence du discours** : il semble que le nombre de propos cohérents de la patiente soit en hausse par rapport au nombre de propos incohérents. *(cf. Annexe 15, Tableaux D12 et D12i)*
- **Élaboration du discours** : Mme D. a peu à peu privilégié les phrases non élaborées pour s'exprimer. *(cf. Annexe 15, Tableaux D13 et D13i)*
- **Perte du thème de la discussion** : ce n'est que lors du premier atelier de la patiente que les propos de cette dernière ont révélé une perte du thème de la discussion. *(cf. Annexe 15, Tableau D14)*
- **Formules vides de sens** : leur présence a été régulière le long des 12 ateliers de la patiente. Les chiffres témoignent cependant d'une diminution. *(cf. Annexe 15, Tableau D14)*
- **Ne répond pas** : il est arrivé à plusieurs reprises que Mme D. ne réponde pas à une question qui lui avait été posée. Toutefois, nous pouvons remarquer une légère diminution de cette tendance à ne pas répondre. *(cf. Annexe 15, Tableau D14)*
- **Répétitions** : elles ont été rares et essentiellement lors des premiers ateliers. *(cf. Annexe 15, Tableau D14i)*
- **Non respect des tours de parole** : Mme D. a toujours respecté les tours de parole. *(cf. Annexe 15, Tableau D14i)*
- **Temps de latence pour répondre** : Mme D. en a eu plusieurs fois besoin pour répondre à une question. La tendance montre une diminution du nombre de temps de latence. *(cf. Annexe 15, Tableau D14i)*

Nous venons d'exposer les résultats obtenus par nos grilles et nous avons pu, pour la plupart, objectiver des évolutions positives et négatives. Nous allons maintenant tâcher de faire une conclusion pour chacune de nos quatre patientes.

5.2. Conclusion de ces résultats

➤ Mme P.

La patiente a progressivement moins pris la parole, bien que ses interventions soient restées nombreuses au cours des ateliers. Les quatre temps de l'atelier ont été investis mais il est à noter que Mme P. est moins intervenue pendant l'écoute du conte. **Peut-on y voir un certain respect du contage qui s'est peu à peu installé ? Les critiques envers le support conte ont en effet diminué progressivement.**

Mme P. s'est adressée majoritairement à la conteuse et ceci de façon croissante, alors qu'elle s'est moins adressée aux autres participants.

La patiente a davantage pris la parole pour répondre à une question posée par la conteuse au groupe entier. A l'inverse, ses interventions avec la conteuse sans incitation extérieure ont diminué.

Mme P s'est adressée de plus en plus à un participant pour réagir à ses propos.

Mme P. avait donc sa place dans la discussion et au sein du groupe ; ses interventions signent par ailleurs une certaine écoute des propos des autres (conteuse et participants) qui a peut-être progressé.

Au niveau du contenu des propos de la patiente, l'expression orale des émotions a fait l'objet d'interventions plus fréquentes, de même que l'expression de son avis personnel et du nombre de questions posées. Mme P. a également abordé plus de sujets et le vécu ancien a progressivement fait l'objet de plusieurs interventions. À l'inverse, la patiente a peu exprimé son incompréhension, ses demandes de précision et ses demandes de répéter une information. De plus, elle a très peu exprimé son imaginaire.

Il ne semble pas que le support conte a été facilitateur quant à l'expression de son imaginaire, mais a apparemment été l'occasion d'exprimer émotions, avis personnel, questionnement et vécu ancien, chez cette patiente.

Du côté de la tonalité du discours, Mme P. a exprimé plus de marques d'humour et de soutien (notamment envers la conteuse). L'agressivité de Mme P. n'a cependant pas diminué, qu'elle soit envers la conteuse comme envers un participant. A l'inverse, les mécanismes de défense ont progressivement diminué. **Le conte aurait donc été vecteur de liens plus ou moins cordiaux chez Mme P.**

Enfin, au niveau de la qualité du discours, il semble que les propos cohérents aient été plus nombreux, de même que l'utilisation de phrases élaborées. Le nombre de formules vides de sens et le nombre de répétitions ont diminué. **La qualité du corpus semble donc s'être améliorée progressivement, bien que le nombre de pertes de la discussion et le non respect des tours de parole soient en hausse chez cette patiente.**

➤ *Mme Mau.*

La prise de parole de la patiente a progressivement diminué, de même qu'un apparent désinvestissement a été remarqué.

Le temps de discussion a été largement investi au fur et à mesure des ateliers, à l'inverse des trois autres temps du conte où Mme Mau. ne prenait que rarement la parole.

L'interlocuteur privilégié de la patiente fut la conteuse. Mme Mau. s'est le plus souvent adressée à elle en réponse à une question qui lui était posée personnellement et également en réaction à ses propos. À l'inverse, les propos de Mme Mau. pour répondre à une question posée au groupe ont diminué.

Mme Mau. s'est peu adressée aux autres participants. **La patiente n'était-elle pas à l'aise dans la situation de groupe ?** En privé, il s'est avéré que Mme Mau. entretenait pourtant des relations cordiales voire amicales avec deux des patientes du groupe.

Au niveau du contenu du discours de la patiente, il semble que le conte n'a pas été un support facilitateur (ou du moins incitateur) de l'expression des émotions ni de l'imaginaire de la patiente. En revanche, Mme Mau. a progressivement exprimé son avis personnel et ses questionnements à la conteuse. La patiente a également abordé plus de sujets. A une reprise, Mme Mau. s'est rappelé que le conte lu par la conteuse avait été lu la semaine précédente : elle fut la seule à le remarquer.

Le vécu ancien a été très souvent exprimé, bien que les résultats montrent une diminution de cette fréquence.

Au niveau de la tonalité du discours, les marques d'humour et de soutien se sont raréfiées, **peut-être du fait de l'anxiété de la patiente qui était latente.**

Enfin, du point de vue qualitatif, nous observons une augmentation du nombre de propos cohérents, de phrases élaborées, ainsi qu'une diminution du nombre de pertes de la discussion et du non respect des tours de parole. **La qualité du discours de la patiente s'est alors améliorée de façon significative au fil des ateliers-conte.**

➤ *Mme Mas.*

La prise de parole de Mme Mas. a progressivement augmenté au cours des ateliers auxquels la patiente a participé.

Le temps privilégié de cette prise de parole fut la discussion, qui a elle aussi fait l'objet d'une évolution croissante. A l'inverse, les temps de début et de fin de l'atelier ont été peu à peu désinvestis par la patiente. **Par ailleurs, ses interventions pendant l'écoute du conte se sont raréfiées, témoignant peut-être d'un intérêt accru pour le conte.**

L'interlocuteur privilégié fut la conteuse, à qui Mme Mas. s'adressait le plus souvent sans incitation extérieure. Nous pouvons noter également une hausse des

interventions en réaction aux propos et aux questions posées personnellement par la conteuse. A l'inverse, Mme Mas. a peu à peu moins répondu aux questions adressées au groupe entier.

Mme Mas. s'est adressée de plus en plus à un participant en réaction aux dires de ce dernier, et de moins en moins après une question ou sans incitation extérieure. **L'évolution de la prise en considération de la parole de l'autre est ainsi peut-être à remarquer.**

Au niveau du contenu du discours de la patiente, il est à noter que l'expression des émotions et des avis personnels, ainsi que le nombre de sujets abordés, sont en hausse. A l'inverse, l'expression d'incompréhension, de demandes de précision et de l'imaginaire sont en baisse. Nous ne pouvons rien affirmer quant aux demandes de répéter une information et aux questions posées. Pour tous les items cités, il semble que le nombre de propos adressés à la conteuse sont, soit en hausse, soit ne connaissent pas d'évolution.

Le vécu ancien fut le temps le plus rappelé par la patiente. En revanche, le présent a été progressivement moins abordé, contrairement au futur.

Le conte a donc pu être un support incitateur d'expression d'émotions, d'avis personnels, de sujets et de référence au vécu ancien chez cette patiente, mais n'a semble-t-il pas eu d'effet concernant l'expression de son imaginaire ou de demandes particulières.

Du point de vue de la tonalité du discours, les marques d'humour ont diminué alors que les marques de soutien ont augmenté. Nous ne pouvons rien affirmer quant aux propos agressifs et aux mécanismes de défenses, tous deux minimes.

Enfin, au niveau de la qualité du discours, il est à noter que les propos cohérents, bien que majoritaires, ont diminué au profit des propos incohérents. **Ceci est peut-être à relier avec la légère hausse de phrases élaborées dans le corpus de la patiente, des propos élaborés pouvant révéler plus facilement des incohérences du discours.** Les pertes du thème de la discussion ont été également plus nombreuses. Nous préférons ne pas nous positionner sur l'évolution du nombre de formules vides de sens et de répétitions, car nous n'avons pas assez d'informations. Enfin, les non respects des tours de parole ont légèrement augmenté. **Il ne semble donc pas que le conte ait pu améliorer la qualité du discours de Mme Mas.**

➤ *Mme D.*

La prise de parole de Mme D. a progressivement diminué au fil des ateliers auxquels la patiente a participé. Le temps de discussion a été toutefois investi plus que les autres, et ce, de façon croissante.

Si la conteuse est restée l'interlocuteur privilégié de la patiente, le nombre de propos qu'elle lui a adressés a diminué, alors que le nombre de propos adressés aux

participants a augmenté. **Mme D. s'est donc ouverte d'une certaine façon aux autres patientes.** Nous notons que contrairement au cas des corpus adressés à la conteuse, Mme D. s'est plus volontiers adressée aux participants de façon spontanée.

Au niveau du contenu du discours de Mme D., il apparaît une diminution progressive de l'expression d'avis personnels, de questions, de sujets et de références à un moment dans le temps produit par la patiente. Nous ne pouvons pas nous positionner quant aux émotions, incompréhension, répétitions et imaginaires partagés, les résultats n'étant pas suffisants ou du moins pas assez sensibles. **Le support conte ne semble donc pas avoir incité Mme D. a s'exprimer d'avantage.**

Au niveau de la tonalité du discours, le nombre de marques de soutien et d'humour ont également diminué. Mme D. n'a pas produit de propos agressifs ni de mécanismes de défense.

Enfin, d'un point de vue qualitatif, la progression du nombre de propos cohérents est à remarquer, mais également le nombre de phrases non élaborées, ce qui est peut-être lié. **En effet, des incohérences peuvent passer plus facilement inaperçues derrière des propos succincts.** En revanche, le nombre de formules vides de sens, de répétitions et de temps de latence témoignent eux aussi d'une diminution (minime toutefois). Mme D. n'a semble-t-il pas montré de perte du thème de la discussion et a toujours respecté les temps de parole.

Le support conte a donc peut-être permis une certaine qualité du discours chez la patiente, mais ces résultats sont à nuancer du fait de la sensible diminution de la prise de parole et de l'augmentation du nombre de phrases non élaborées.

➤ *Conclusion*

D'une façon générale, pour la majorité des patients, **plusieurs tendances méritent d'être soulignées :**

- Le nombre de prises de parole a diminué,
- La discussion a été le temps de l'atelier le plus investi par les patients pour prendre la parole,
- L'écoute du conte a été au fur et à mesure plus respectée (il n'y a plus eu d'intervention pendant le contage),
- La conteuse a été l'interlocuteur privilégié des patients mais certains items adressés aux participants sont en hausse (émotion, avis personnel, sujets abordés),
- Aucun patient ne s'est exprimé au groupe entier, mais toujours soit à la conteuse, soit à un participant en particulier,
- Le nombre d'émotions exprimées a augmenté,

- Le nombre d'avis personnels partagés a augmenté,
- Le nombre de questions posées a augmenté,
- Le nombre de sujets abordés a augmenté,
- Le vécu ancien a été le temps le plus rappelé,
- La part de propos cohérents dans les corpus a augmenté,
- La part des phrases élaborées dans les corpus a augmenté,
- Le nombre de formules vides de sens a diminué,
- L'imaginaire a été peu exprimé,
- L'expression d'incompréhension, de demandes de précision et de répétition d'information n'ont pas connu de variation sensible,
- Le nombre de marques d'humour a diminué,
- Il y a eu peu de propos agressifs et de mécanismes de défense,
- Les répétitions ont été plutôt rares,
- Nous ne pouvons nous positionner sur les autres items (marques de soutien, pas de réponse, temps de latence),
- Le fait que le même conte ait été lu sur deux semaines d'atelier n'a pas suscité de souvenirs lors de la deuxième séance, du moins ils n'ont pas été exprimés (à part une fois pour une patiente).

Nos ateliers-conte, malgré une prise de parole qui a diminué pour la majorité de nos patients, **ont été investis et appréciés par le groupe**, comme les patients l'ont exprimé d'eux-mêmes ou bien en réponse à nos questions.

Si aucun des patients ne s'est adressé au groupe dans son ensemble mais à une personne à la fois, et ce surtout avec la conteuse, **la qualité de leurs corpus paraît s'être améliorée** (cohérence, élaboration, formules vides de sens).

De plus, il semblerait que les ateliers-conte aient **incité la majorité de nos patients à exprimer leurs émotions, à partager leurs avis personnels, à poser des questions et à aborder plus de sujets**. En revanche, il n'y aurait **pas eu d'incidence quant à l'expression de leur imaginaire, d'incompréhension, de demandes de répéter une information ou de précision**. Nous pouvons ajouter que les ateliers-conte ont été l'occasion pour les patients **de rappeler des souvenirs plus ou moins anciens**.

➤ *Réponse à notre problématique ?*

Nous nous demandons si un atelier-conte avait des répercussions chez des patients atteints de DTA quant à l'expression de leur vécu intérieur. Nous incluons alors l'appétence à la communication, l'orientation des propos, la tonalité et la qualité du discours des patients.

Au vu des résultats obtenus, il semble que l'atelier-conte ait bel et bien produit des effets quant à l'orientation des propos (plus d'émotions, d'avis personnels et de questions exprimés, plus de sujets abordés et de souvenirs évoqués) et leur qualité (plus de cohérence et d'élaboration dans le discours des patients). Nos ateliers-conte ont été bien accueillis et appréciés. Ils offraient en effet un espace de parole, d'échanges et de convivialité, c'est du moins le sentiment général qui a été ressenti ou exprimé.

En revanche, nous pensions que nos patients allaient exprimer davantage leur imaginaire, ce qui n'a pas été le cas. De plus, au niveau de l'appétence à la communication, les résultats ne sont pas probants : diminution du nombre de prises de parole pour trois patients sur quatre, aucun propos adressé au groupe entier, la conteuse est restée l'interlocuteur privilégié, bien que quelques items adressés aux participants soient en hausse. Enfin, il n'y a pas d'évolution sensible quant à la tonalité du discours, si ce n'est que les marques d'humour ont diminué.

Discussion

Nous allons terminer en donnant un avis critique concernant nos résultats, en les nuancant quelque peu et en exposant les limites de notre étude. Nous exposerons également dans cette discussion les difficultés que nous avons rencontrées et comment elles ont pu influencer les résultats.

6. Discussion

6.1. Les limites de notre étude

6.1.1. Une étude clinique et non statistique

Certes, les résultats de notre étude indiquent plusieurs tendances positives venant confirmer certains points de notre hypothèse. Cependant, il est à rappeler que notre étude a porté sur 4 patients, ce qui n'est pas suffisant pour généraliser les effets des ateliers-conte à toute la population de patients atteints de DTA.

De plus, nos patientes ne sont pas venues à tous les ateliers mis en place : si une de nos patientes est venue aux 20 ateliers de l'étude, les autres n'ont participé qu'à 12 ou 14 ateliers, ce qui vient limiter davantage les chiffres obtenus.

Nos résultats sont donc à nuancer car il aurait fallu que notre étude inclue une centaine de patients et s'étende sur environ une à deux années pour que les tendances relevées soient plus crédibles. **Notre étude permet de donner un aperçu des potentialités d'un atelier-conte auprès de personnes atteintes de DTA, mais n'est pas suffisante pour affirmer les effets de cet outil avec ce type de patients, contrairement aux résultats d'une étude statistique.**

6.1.2. Les patients de notre étude

Une seule de nos patientes est diagnostiquée DTA de stade modéré, les trois autres présentent un profil de type Alzheimer. Nous pensons qu'il aurait été préférable que toutes nos patientes présentent le même degré d'atteinte de la maladie, afin que notre étude soit plus précise, mais cela n'a pas été possible.

Rappelons également l'hétérogénéité de la DTA et le fait que chaque personne réagit différemment à une activité. Un atelier-conte a-t-il toujours les mêmes effets sur tous les patients atteints de DTA ? Nous ne pouvons l'affirmer, étant donné que cette étude n'a porté que sur 4 patients.

6.1.3. Des difficultés sur place qui ont nui au bon déroulement de l'étude

Il aurait fallu que les conditions d'une telle étude soient optimales pour que les ateliers se déroulent pour le mieux et que les résultats reflètent entièrement leurs effets : une salle réservée aux ateliers-conte, calme, sans va-et vient et sans bruits extérieurs. Cela n'a malheureusement pas pu être le cas pour notre étude: nous faisons nos ateliers dans la salle commune, il y avait donc les allées et venues du personnel et des autres résidents, il y a également eu parfois des travaux d'entretien dans le secteur et il est arrivé que nous soyons dérangés. Ceci a souvent gêné le déroulement des ateliers car ces interventions importunes et ces bruits ont été déstabilisants pour les patients (et la conteuse !). La bande-son permettant de remplir les grilles était également parasitée par ces bruits alentours, ce qui a pu parfois nuire à la correcte interprétation du corpus.

Le manque de temps des aides-soignants a été également une difficulté pour l'installation des patientes et du matériel : il fallait chercher et installer nous-mêmes les patientes une par une, ce qui était délicat pour certaines d'entre elles qui devaient attendre seules à la table pendant que nous étions partie chercher les autres. Une des patientes ayant tendance à fuguer, il ne fallait pas la laisser seule, ce qui compliquait nos déplacements. Ainsi, nous perdions du temps avant chaque atelier et certaines patientes impatientes étaient agitées avant le contage.

Pour les prochaines études, nous conseillons vivement des conditions optimales, adaptées aux patients atteints de DTA, voire personnalisées à chacun et plusieurs personnes pour aider sur place.

6.2. Les nuances à apporter à nos résultats

6.2.1. L'effet groupe à ne pas écarter

Les chiffres relevés permettent d'affirmer certaines tendances positives quant à l'orientation des propos qui se sont prolongées au long des ateliers. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'exclure un éventuel effet groupe : il s'agit de la facilité à communiquer avec un groupe de personnes, à force de se connaître et de se familiariser avec la situation dans laquelle le groupe se rencontre.

En effet, bien que la conteuse soit restée l'interlocuteur privilégié de nos quatre patientes, plusieurs items adressés aux participants comme l'expression des émotions,

l'expression de l'avis personnel et les sujets abordés, sont en hausse. **Est-ce l'atelier-conte ou l'effet groupe qui est responsable de ces résultats ?**

6.2.2. Cohérence du discours : à discuter

Il convient de nuancer l'amélioration de la cohérence du discours pour deux de nos patientes. En effet, dans leur cas, l'amélioration de la cohérence serait peut-être due non pas à une meilleure qualité de leur discours, mais plutôt au fait qu'elles ont produit plus de phrases non élaborées qui ont donc moins de risques de paraître incohérentes. La sensibilité des résultats ne permet donc pas d'affirmer une réelle meilleure qualité du discours de ces deux patientes. En revanche, pour les deux autres, les résultats sont moins à nuancer : la hausse du nombre de propos cohérents s'est accompagnée d'une hausse de phrases élaborées, ce qui peut nous laisser penser que la qualité du discours s'est en effet améliorée au fil des ateliers.

6.3. Lien entre nos résultats et les précédentes études sur la DTA et les ateliers-conte

Clara DAMAZIE-EDMOND avait notamment conclu dans son étude que les contes avaient suscité des émotions vives chez ses patients. La majorité de nos patients ont eux aussi de plus en plus souvent exprimé leurs émotions. Nous retrouvons donc cette similitude dans ces deux études qui ont utilisé toutes deux le support conte.

Les résultats obtenus par la Fondation Médéric Alzheimer, quant à eux, relevaient :

- Une écoute soutenue des patients,
- Une certaine récupération de leur capacité à s'exprimer,
- Un certain retour à la narration qui faisait retrouver aux patients une forme de cohérence dans ce domaine.

Dans notre cas, le temps du contage, interrompu souvent lors des premiers ateliers, a finalement été peu à peu respecté. Seules des onomatopées de surprise ou d'amusement venaient ponctuer notre contage par la suite.

La moitié de nos patientes ont produit plus de phrases élaborées et nous avons pu supposer qu'au moins la moitié de nos patientes ont produit plus de propos cohérents.

De même, la majorité de nos patientes ont davantage exprimé leurs émotions, leurs avis personnels, ont posé plus de questions et ont abordé plus de sujets avec la conteuse ainsi qu'avec les autres participants.

Ainsi, nos résultats paraissent également être en accord avec ceux obtenus lors de cette étude. Cette dernière proposait aux personnes désireuses de poursuivre dans ce domaine de recherche d'augmenter la fréquence et le nombre des ateliers ainsi que de diminuer le nombre de sites d'intervention et de se focaliser sur l'aspect spécifique du conte. Rappelons que dans le cadre de l'étude de la Fondation Médéric Alzheimer, qui s'est déroulée sur deux ans, 12 ateliers bimensuels ont été mis en place sur quatre sites différents.

Dans notre étude, nous avons justement mis en place 20 ateliers hebdomadaires et nous sommes intervenue sur un seul lieu : l'EHPAD des Fontaines de Monjous à Gradignan (33). De plus, nous nous sommes focalisée sur les effets du conte quant à l'expression du vécu intérieur de nos patientes (appétence, orientation, tonalité et qualité des propos).

Bien que nos résultats soient à nuancer par les limites de notre étude (limites temporelles, limites de notre population, limites des moyens mis en place, limites des possibilités d'intervention sur le terrain...), il est possible qu'un atelier-conte, proposé régulièrement à un groupe de patients atteints de DTA, incite ces derniers à s'exprimer davantage entre eux et avec le conteur, à exprimer leurs émotions, leur vécu ancien, leurs avis personnels et leurs questions. L'atelier-conte serait également l'occasion pour les patients d'aborder d'eux-mêmes plus de sujets.

Ainsi, le conte apparaît comme un support qui pourrait être utilisé avec ces patients pour échanger, s'exprimer et créer des liens. Il pourrait également être utilisé comme médiateur pour stimuler ces patients. La satisfaction ressentie voire exprimée par nos patients à la fin de notre intervention laisse à penser que cet outil, loin d'être infantilissant si les contes sont adaptés, serait un « plus » dans l'accompagnement orthophonique de ces patients.

6.4. Conseils et pistes d'intervention

Nous suggérons, dans le cas d'une éventuelle future étude sur le sujet, d'optimiser les conditions d'intervention (salle adaptée et réservée au groupe, sans bruits autour, avec plus de personnes pour aider à l'installation des patients) pour que les ateliers se déroulent au mieux. Dans l'idéal, il faudrait qu'il y ait plus d'ateliers mis en place (une centaine éventuellement) afin que les absences possibles des patients puissent être compensées et afin de constater ou non une réelle évolution dans les différents domaines

explorés. Il faudrait également plus de patients, répartis en groupe de cinq personnes maximum. Notre grille pourrait être réutilisée ou modifiée.

A l'issue de notre étude, nous nous demandons ce qu'il en serait si un atelier-conte était mis en place régulièrement avec un seul patient (dans le cadre d'une prise en charge individuelle). Y aurait-il également des effets ? Ces derniers seraient-ils plus ou moins marqués ? En effet, nous n'avons pu exclure l'effet groupe dans notre étude, qui a pu interférer sur les effets du conte en lui-même. De plus, une de nos patientes supportait parfois difficilement la situation de groupe qui la rendait alors agressive. Pour certains patients atteints de DTA, la situation duelle est en effet plus appropriée et adaptée. Nous pensons que cela pourrait faire l'objet d'une étude future.

Conclusion

*« Crapotí, crapota, mon conte s'achève
là. Si vous voulez le garder, fermez bien
la porte à clé »*

Conclusion

Cette recherche, parallèlement aux études déjà menées, nous amène à penser que **l'atelier-conte est un outil intéressant pour les personnes atteintes de DTA** et qui est **adapté à leurs troubles**. Les résultats de cette étude nous encouragent à penser qu'il peut être proposé comme **support**, afin **d'inciter les patients à s'exprimer davantage** (émotions, vécu antérieur, avis personnel, questions...).

Dans le cadre de notre étude, le conte et la discussion qui suivait ont été vécus comme un **espace de parole et d'échanges**. Tous nos patients ont apprécié nos interventions, ce qui nous laisse penser que **le support conte peut tout à fait être proposé aux patients atteints de DTA dans le cadre d'une prise en charge adaptée**. Il ne peut bien entendu suffire à lui tout seul.

Ce travail de recherche fut très enrichissant, tant d'un point de vue orthophonique que personnel. En effet, les lectures nous ont beaucoup appris sur le conte et les possibilités de travail qu'il peut offrir dans la pratique orthophonique. Il nous semble que les recherches menées à l'occasion de cette étude seront profitables dans notre pratique future, que ce soit avec des personnes atteintes de DTA comme avec des enfants ou jeunes adultes présentant des pathologies du langage oral et écrit.

De plus, les personnes rencontrées lors des ateliers (personnel médical et soignant, patients et leur famille) nous ont permis d'avoir un regard professionnel et d'être considérée comme telle.

Enfin, ce travail de recherche fut l'occasion d'avoir une première approche individuelle de la DTA et plus précisément des personnes atteintes de cette démence. Il a donc fallu s'adapter à la maladie de chacune de nos quatre patientes et peu à peu une relation s'est construite entre les patientes et la conteuse. Les entendre dire que ce temps qui leur était consacré leur donnait le sentiment « *de ne pas être oubliées* » a largement récompensé les efforts fournis lors de cette étude.

Loin de suffire pour présenter et prouver toutes les potentialités du conte, peut-être notre travail de recherche est-il un pas supplémentaire dans la prise en charge des personnes atteintes de DTA...

Bibliographie

- Aarne, A. (1961). *The types of the Folktale: a classification and bibliography*. Helsinki: The Finnish Academy of Science and Letters.
- Andersen, A. C. (2005). *Contes et histoires*. Paris : LGF, « La pochothèque. Classiques modernes »
- Aymé, M. (2008). *Les contes du chat perché*. Paris : Gallimard Folio.
- Baddeley, A., Conway, M-A, Aggleton, J-P. (2002). *Episodic memory, new directions in research*. Oxford University Press.
- Bettelheim, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Paris : Robert Laffont.
- Damazie, C. (2009). *Mise en place d'un atelier-contes avec des sujets âgés atteints de pathologies de la mémoire. Mémoire d'Orthophonie*, Université Bordeaux 2.
- Delaroche, F. et Rochard, A. (1997). Étude de la faisabilité et de l'intérêt d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer. *GLOSSA*. 55, 30-35.
- Derouesne, C. et Selmes, J. (2005). *La maladie d'Alzheimer. Comportement et humeur*. Paris : John Libbey.
- Estienne, F. (1991). *La part des contes*. Paris : Isoscel Papyrus.
- Estienne, F. (2001). *Utilisation du conte et de la métaphore*. Paris : Masson.
- Eustache, F., Lambert, J., Viader, F. (1997). *Rééducations neuropsychologiques*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Feil, N. (1992). *Validation*. Paris : Pradel.
- Fèvre, L. (1999). *Contes et métaphores*. Lyon : *Chronique Sociale*.
- Gannac, A-L. (2010). « Les contes aident à devenir soi » *Psychologie Magazine*. Janvier 2010. 77-80.
- Gillig, J-M. (1997). *Le conte en pédagogie et en rééducation*. Paris : Dunod.
- Goldberg, A. (2001). *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes âgées*. Lyon : Chronique sociale.
- Gougaud, H. (2002). *Contes d'Europe*. Paris : Seuil.

- Grimm, J. et W., Rochut, J-N. (2008). *Les contes de Grimm*. Paris : Auzou.
- Jalenques, I. (1999). *La maladie d'Alzheimer. Repérer – Expliquer – Soigner*. Paris : Hachette Littérature.
- Khosravi, M. (2007). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. Rueil-Malmaison : Doin.
- Lafforgue, P. (2002). *Petit Poucet deviendra grand : Soigner avec le conte*. Paris : Payot.
- Lagorce, C. (2003). *Stimulation musicale et communication chez le patient Alzheimer*. Mémoire d'Orthophonie, Université Bordeaux 2.
- Lesniewska, H-K. (2003). *Alzheimer. Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Paris : L'Harmattan.
- Mes grands contes classiques*. (2007). Paris : Nathan.
- Michel, B-F., Verdureau, F., Combet, P. (2005). *Communication et démence*. Marseille : Solal.
- Perrault, C. (1969). *Les contes de la mère l'Oye*. Paris : Barbin.
- Ploton, L. (2004). *Maladie d'Alzheimer. A l'écoute d'un langage*. Lyon : Chronique sociale.
- Propp, V. (1969). *Morphologie du conte*. Paris : Points.
- Rousseau, T (1999). *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*. Isbergues : Ortho Edition.
- Rousseau, T. (2001). Thérapie éco systémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *GLOSSA*. 75, 14-21.
- Ruiz, E. (2008). *Techniques d'animation des personnes âgées*. Paris : Jacques Lanore.
- Salomé, J. (2007). *Contes d'errance, contes d'espérance*. Paris : Albin Michel.
- Thérapies cognitives et comportementales dans la maladie d'Alzheimer. In Eustache, F., Lambert, J., Viader, F. (1997). *Rééducations neuropsychologiques* (p 281). Bruxelles : de Boeck Université.
- Touchon, J. et Portet, F. (2002). *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Masson.

ANNEXES

Voici tous les documents qui ont été nécessaires à la réalisation de notre étude : les contes que nous avons utilisés, la grille d'analyse que nous avons spécifiquement élaborée pour ce travail de recherche et enfin les résultats sous forme de diagrammes et de courbes de nos patients.

La Belle au Bois Dormant

(Une version des frères Grimm)

Texte récupéré sur le site internet :

<http://www.tout-pour-les-enfants.com/bibliotheque/belle-dormant.htm>

Il était une fois un roi et une reine. Chaque jour ils se disaient :

- Ah ! Si seulement nous avions un enfant !

Mais d'enfant, point. Un jour que la reine était au bain, une grenouille bondit hors de l'eau et lui dit :

- Ton vœu sera exaucé. Avant qu'une année ne soit passée, tu mettras une fillette au monde.

Ce que la grenouille avait prédit arriva. La reine donna le jour à une fille. Elle était si belle que le roi ne se tenait plus de joie. Il organisa une grande fête. Il ne se contenta pas d'y inviter ses parents, ses amis et connaissances, mais aussi des fées afin qu'elles fussent favorables à l'enfant. Il y en avait treize dans son royaume. Mais, comme il ne possédait que douze assiettes d'or pour leur servir un repas, l'une d'elle ne fut pas invitée. La fête fut magnifique. Alors qu'elle touchait à sa fin, les fées offrirent à l'enfant de fabuleux cadeaux : l'une la vertu, l'autre la beauté, la troisième la richesse et ainsi de suite, tout ce qui est désirable au monde.

Comme onze des fées venaient d'agir ainsi, la treizième survint tout à coup. Elle voulait se venger de n'avoir pas été invitée. Sans saluer quiconque, elle s'écria d'une forte voix :

- La fille du roi, dans sa quinzième année, se piquera à un fuseau et tombera raide morte !

Puis elle quitta la salle. Tout le monde fut fort effrayé. La douzième des fées, celle qui n'avait pas encore formé son vœu, s'avança alors. Et comme elle ne pouvait pas annuler le mauvais sort, mais seulement le rendre moins dangereux, elle dit :

- Ce ne sera pas une mort véritable, seulement un sommeil de cent années dans lequel sera plongée la fille du roi.

Le roi, qui aurait bien voulu préserver son enfant adorée du malheur, ordonna que tous les fuseaux fussent brûlés dans le royaume. Cependant, tous les dons que lui avaient donnés les fées s'épanouissaient chez la jeune fille. Elle était si belle, si vertueuse, si gentille et si raisonnable que tous ceux qui la voyaient l'aimaient. Il advint que le jour de sa quinzième année, le roi et la reine quittèrent leur demeure. La jeune fille resta seule au château. Elle s'y promena partout, visitant les salles et les chambres à sa fantaisie. Finalement, elle entra dans une vieille tour. Elle escalada l'étroit escalier en colimaçon et parvint à une petite porte. Dans la serrure, il y avait une clé rouillée. Elle la tourna. La porte s'ouvrit brusquement. Une vieille femme filant son lin avec application, était assise dans une petite chambre.

- Bonjour, grand-mère, dit la jeune fille. Que fais-tu là ?
- Je file, dit la vieille en branlant la tête.

- Qu'est-ce donc que cette chose que tu fais bondir si joyeusement, demanda la jeune fille ?

Elle s'empara du fuseau et voulut filer à son tour. À peine l'eut-elle touché que le mauvais sort s'accomplit : elle se piqua au doigt.

À l'instant même, elle s'affaissa sur un lit qui se trouvait là et tomba dans un profond sommeil. Et ce sommeil se répandit sur l'ensemble du château. Le roi et la reine, qui venaient tout juste de revenir et pénétraient dans la grande salle du palais, s'endormirent. Et avec eux, toute la Cour. Les chevaux s'endormirent dans leurs écuries, les chiens dans la cour, les pigeons sur le toit, les mouches contre les murs. Même le feu qui brûlait dans l'âtre s'endormit et le rôti s'arrêta de rôtir. Le cuisinier, qui était en train de tirer les cheveux du marmiton parce qu'il avait raté un plat, le lâcha et s'endormit. Et le vent cessa de souffler. Nulle feuille ne bougea plus sur les arbres devant le château. Tout autour du palais, une haie d'épines se mit à pousser, qui chaque jour devint plus haute et plus touffue. Bientôt, elle cerna complètement le château, jusqu'à ce qu'on n'en vît plus rien, même pas le drapeau sur le toit. Dans le pays, la légende de la Belle au Bois Dormant – c'est ainsi que fut nommée la fille du roi, - se répandait. De temps en temps, des fils de roi s'approchaient du château et tentaient d'y pénétrer à travers l'épaisse muraille d'épines. Mais ils n'y parvenaient pas. Les épines se tenaient entre elles, comme par des mains. Les jeunes princes y restaient accrochés, sans pouvoir se détacher et mouraient là, d'une mort cruelle.

Au bout de longues, longues années, le fils d'un roi passa par le pays. Un vieillard lui raconta l'histoire de la haie d'épines. Derrière elle, il devait y avoir un château dans lequel dormait, depuis cent ans, la merveilleuse fille d'un roi, appelée la Belle au Bois Dormant. Avec elle, dormaient le roi, la reine et toute la Cour. Le vieil homme avait aussi appris de son grand-père que de nombreux princes étaient déjà venus, qui avaient tenté de forcer la haie d'épines ; mais ils y étaient restés accrochés et y étaient morts d'une triste mort. Le jeune homme dit alors :

- Je n'ai peur de rien, je vais y aller. Je veux voir la Belle au Bois Dormant.

Le bon vieillard voulut l'en empêcher, mais il eut beau faire, le prince ne l'écouta pas. Or les cent années étaient justement écoulées et le jour était venu où la Belle au Bois Dormant devait se réveiller. Lorsque le fils du roi s'approcha de la haie d'épines, il vit de magnifiques fleurs qui s'écartaient d'elles-mêmes sur son passage et lui laissaient le chemin. Derrière lui, elles reformaient une haie. Dans le château, il vit les chevaux et les chiens de chasse tachetés qui dormaient. Sur le toit, les pigeons se tenaient la tête sous l'aile. Et lorsqu'il pénétra dans le palais, il vit les mouches qui dormaient contre les murs. Le cuisinier, dans la cuisine, avait encore la main levée comme s'il voulait attraper le marmiton et la bonne était assise devant une poule noire qu'elle allait plumer. En haut, sur les marches du trône, le roi et la reine étaient endormis. Le prince poursuivit son chemin et le silence était si profond qu'il entendait son propre souffle. Enfin, il arriva à la tour et poussa la porte de la petite chambre où dormait la Belle au Bois Dormant. Elle était là, si jolie qu'il ne put en détourner le regard. Il se pencha sur elle et lui donna un baiser. Alors, la Belle au Bois Dormant s'éveilla, ouvrit les yeux et le regarda en souriant. Ils sortirent tous deux et le roi s'éveilla à son tour, et la reine, et toute la Cour. Et tout le monde se regardait avec de grands yeux. Dans les écuries, les chevaux se dressaient sur leurs pattes et s'ébrouaient, les chiens de chasse bondirent en remuant la queue. Sur le toit, les pigeons sortirent la tête de sous leurs ailes, regardèrent autour d'eux et

s'envolèrent vers la campagne. Les mouches, sur les murs, reprirent leur mouvement ; dans la cuisine, le feu s'alluma, flamba et cuisit le repas. Le rôti se remit à rissoler ; le cuisinier donna une gifle au marmiton, si fort que celui-ci en cria, et la bonne acheva de plumer la poule.

Le mariage du prince et de la Belle au Bois Dormant fut célébré avec un faste exceptionnel. Et ils vécurent heureux jusqu'à leur mort.

La clé du bonheur

Auteur inconnu

Texte récupéré sur le site internet :

http://www.contes.biz/contes-685-la_clef_du_bonheur.html

Il était une fois un homme et une femme, vivant avec leurs deux enfants, un garçon et une fille, dans une bâtisse située dans une oasis au milieu du désert.

Depuis peu, leur fille avait changé. L'enfant vive et joyeuse était devenue taciturne, renfermée. Elle ne parlait plus, ne riait plus, n'avait plus envie de coiffer ses longs cheveux qui, emmêlés, lui couvraient le visage et cachait ses yeux clairs. Cela désolait ses parents, qui ne trouvaient pas de remède pour la faire sourire et parler à nouveau.

Lorsqu'ils étaient arrivés dans cette oasis, ils avaient découvert dans une pièce un vieux grimoire, fermé par un cadenas. Ils avaient bien essayé de soulever la couverture, mais ils n'apercevaient alors tout au plus que quelques lettres.

- Un matin, ils découvrent une petite clef, ouvragée, posée sur la table, sous le dattier près de la maison. Etonnés, ils la regardent, la tournent, la retournent, s'interrogent :
À quoi peut-elle servir ?

Le fils réfléchit :

- Et si c'était la clef du vieux livre ?

Effectivement, ils réussissent à ouvrir le cadenas. Le livre s'ouvre de lui-même à une page où ils peuvent lire : "Quand une personne perd le sourire, la joie de vivre, seul un voyage au-delà des mers la guérira."

Aussitôt, le frère décide d'emmener sa sœur jusqu'à la mer. Mais il fallait d'abord traverser le désert. Les provisions et les réserves d'eau sont entassées dans le solide 4x4 de la famille. Et les voici, roulant sur la piste.

Une tempête de sable les force à s'arrêter. Quand le ciel est à nouveau clair, ils n'aperçoivent plus la piste. Pas le moindre buisson, pas la moindre oasis à l'horizon. Ils sont perdus ! Les vivres se raréfient et l'eau manque. Puis la voiture hoquette, s'arrête : plus d'essence !

Le frère, laissant sa sœur très affaiblie sous une toile, à l'abri de la voiture, part chercher du secours. Du sable, rien que du sable, à perte de vue. Il a chaud, s'éponge. Tout à coup, il distingue une forme sombre qui se déplace sur la crête d'une dune. "Un mirage", pense-t-il. Pourtant, bientôt, un homme surgit à ses côtés. Il est vêtu et enturbanné de bleu, et l'on aperçoit uniquement ses yeux noirs.
- Pourriez-vous m'aider. ? J'ai besoin d'eau, de nourriture. Ma sœur, malade, m'attend

là-bas.

- Je peux te trouver cela, répond l'homme bleu, mais sache qu'ensuite tu devras affronter le terrible maître de ce désert. »
Le frère acquiesce, il n'a guère le choix.

Aussitôt l'homme étend les bras. Une source jaillit à ses pieds, forme une mare et le frère voit avec stupeur quelques poissons nageant dans l'eau claire. Il se retourne, il est seul : l'homme a disparu.

Il se désaltère, remplit une gourde, et part chercher sa sœur, la porte jusqu'à la mare. Ils se reposent là à l'ombre de palmiers qui semblent avoir poussé miraculeusement. C'est alors que surgit un splendide lion. "Je suis le maître du désert. Comment avez-vous osé boire à ma source ?" Terrifiés, les jeunes gens se serrent l'un contre l'autre, reculent, pénètrent dans la mare pour échapper aux fabuleux animal.

Les poissons les frôlent ; ils sont devenus énormes ! L'un d'eux leur dit : "Montez vite sur notre dos". Ils chevauchent alors les poissons, s'accrochent aux nageoires.

La mare déborde, forme une rivière de plus en plus large et profonde. Le lion, dépité, reste sur le rivage en rugissant. Et la rivière se transforme en fleuve, et les conduits à la mer. Les poissons les déposent sur la plage.

La jeune fille regarde la mer, s'assied, trouve un coquillage. Elle le porte à son oreille, et un sourire illumine son visage. "Ecoute, dit-elle à son frère, écoute cette merveilleuse musique !" Elle éclate de rire, chante, danse, court sur la plage.

Et voici qu'un voilier arrive, un jeune homme à la barre. Il tend la main à la jeune fille, l'invite à monter à bord, et ils s'éloignent bientôt. La jeune fille rit, agite le bras pour un au revoir à son frère resté seul, sur la plage, et s'il sourit de la voir partir si heureuse vers une nouvelle vie, des larmes lui inondent les yeux.

Le chat botté

Conte de Perrault

Texte extrait du livre Mes grands contes classiques, Editions Nathan, 2007 (pp 135-142)

Il était une fois un vieux meunier qui avait trois garçons. Quand il mourut, il laissa un moulin, un âne et un chat. On donna le moulin au plus grand de ses fils, l'âne au second et le chat au dernier.

- Drôle de partage, gémit celui-ci. Mes frères feront de la farine et iront la vendre avec l'âne au marché. Moi, je peux manger mon chat, m'en faire un manchon pour l'hiver, mais après, je n'aurai plus rien !

Le chat, qui comprend tout, commence à s'inquiéter. Et comme il sait parler, il s'adresse à son maître :

- Ne pleure pas, mon maître. Tu me connais, je suis un malin. Si tu fais ce que je dis, tu t'en sortiras, parole de chat ! Donne-moi un sac et une paire de bottes pour aller dans les broussailles. Je ferai des merveilles !

Le jeune homme, tout étonné d'entendre son chat parler, décida de lui faire confiance et lui apporte tout ce qu'il a demandé. Le chat enfile ses bottes, met le sac sur son épaule et disparaît dans les fourrés.

Arrivé dans un bois, il ramasse du son et en remplit son sac. Puis il se couche et fait le mort.

Bientôt, un jeune lapin pas très malin entre dans le sac, croyant faire un festin. Tout à coup, tout à trac, le chat botté ferme le sac !

- Voilà un beau lapin, dit le chat, je m'en vais le donner au roi.

Parvenu au château, le chat botté demande à parler à Sa Majesté. Il fait sa plus belle révérence et dit au roi :

- Sire, je vous apporte ce lapin de garenne que le marquis de Carabas a chassé ce matin.
- Je ne connais pas ton marquis, lui dit le roi, mais cela me fait plaisir ! Tu le remercieras pour moi.

Mais le chat avait tout inventé ! Le marquis de Carabas, c'était le fils du meunier.

Le chat botté retourne chez son maître, mais ne raconte rien de ce qui s'est passé.

Un autre jour, il repart à la chasse. Dans un champ de blé mûr, le malin se cache et tient son sac ouvert. Deux perdrix viennent y picorer. Tout à coup, tout à trac, le chat ferme le sac !

- Voilà deux belles perdrix, dit le chat botté, je m'en vais les porter au roi.

Le roi, le voyant arriver, le remercie encore et cette fois l'invite à boire.

Ainsi, pendant des mois, le chat botté s'en va chasser pour nourrir son maître et faire plaisir au roi.

Un matin, il apprend que le roi doit aller se promener au bord de la rivière avec sa fille, la princesse.

- Maître, voici le moment de tenir ma promesse ; faites ce que je vous dis, sans poser de question. Il fait beau aujourd'hui, vous irez vous baigner ! Je vous accompagne jusqu'à la rivière.

- Mon chat, je ne te comprends pas, mais je ferai ce que tu voudras, répond le jeune homme.

Pendant que le faux marquis se baigne, le roi et sa fille passent près de là.

- Au secours ! Au secours ! crie le chat botté. Voilà monsieur le marquis de Carabas qui se noie !

Le roi reconnaît le chat et le nom du marquis qui lui a fait tant de cadeaux. Aussitôt il ordonne à ses gardes de porter secours au malheureux.

- Sire, dit le chat, pendant qu'il se baignait, des brigands ont volé les habits de mon maître ! Il ne peut se montrer ainsi, sans habits !

Mais le chat avait tout inventé ! C'est lui qui les avait cachés.

- Qu'on donne un de mes habits au marquis, dit le roi.

Le joli meunier, en habits de roi, a fort belle allure. Sa Majesté l'invite à la promenade et la princesse le trouve si beau qu'elle tombe amoureuse aussitôt.

Le chat laisse loin derrière lui le carrosse, et dit aux paysans qui fauchent l'herbe dans les prés :

- Dites au roi que tout ce qu'il voit est au marquis de Carabas ; sinon, vous serez hachés menu et transformés en chair à pâté !

Quand le roi demande :

- A qui sont tous ces prés ?, les paysans en cœur répondent :
- A notre bien aimé marquis de Carabas, Votre Majesté.

Le chat poursuit sa route et s'arrête dans les champs pour dire aux moissonneurs :

- Si le roi vous demande à qui est tout ce blé, dites qu'il appartient au marquis de Carabas ; sinon, vous serez hachés menu et transformés en chair à pâté !

Quand le roi demande :

- A qui sont tous ces champs ?, les paysans apeurés lui disent :
- Ce champ et toutes les terres alentours sont le bien de notre maître, le marquis de Carabas !

Le roi est très impressionné.

Mais le chat botté a tout inventé ! En vérité, toute cette campagne appartient à un ogre.

Le chat court jusqu'à son château pour le rencontrer. Le saluant bien bas, il lui demande :

- Mon seigneur, on m'a dit que vous vous transformiez en toutes sortes d'animaux. J'aimerais voir cela !
- Certainement, dit l'ogre, et il se change en lion.

Ah ! Le chat botté effrayé se sauve jusque sur le toit. Mais le lion redevient ogre et le chat botté sourit :

- C'est une belle magie, mais on m'a dit aussi que vous vous transformiez en rat ou en souris.
- Certainement, dit l'ogre, et le voilà souris, trottant sur le plancher.

Tout à coup, tout à trac, le chat botté l'attrape et la croque ! Comme font tous les chats avec les souris !

Il court au devant du carrosse et arrête les chevaux :

- Majesté ! Soyez le bienvenu au château de monsieur le marquis de Carabas.

Le roi est ébloui par toutes ces richesses. La princesse, au bras du marquis, entre dans le château où le repas de l'ogre est déjà servi.

Ah mes amis, quel festin ! Et que l'histoire finit bien !

Le roi donne sa fille en mariage au marquis et chat botté devient grand seigneur. Il ne court plus après les souris, sauf pour s'amuser bien sûr.

Le miroir

Conte du Japon de Maurice Bouchor

Texte récupéré sur le site internet :

http://boiteahistoires.free.fr/0contexte/bouchor_miroir.html

Il y a bien des siècles, dans un endroit de la province d'Echigo, appelé Mastuyama, vivaient deux jeunes époux dont on ne sait plus le nom. Ils avaient une petite fille. L'homme appartenait à la classe des Samouraïs ; mais il avait peu de fortune et vivait très simplement sur un petit bien dont il dirigeait lui-même la culture. La femme avait les mêmes habitudes de simplicité ; dans tout ce qui l'entourait, on n'eut pas découvert un seul objet de luxe. Elle était, de plus, fort timide, si bien que, parmi des personnes étrangères, elle n'avait pas d'autre désir que de passer inaperçue.

Un jour, le mari dut aller à Yeddo. Il y avait un nouveau souverain, et le seigneur d'Echigo se rendait à la capitale pour l'y saluer. Le jeune homme faisait partie de la suite de ce personnage.

Son absence ne fut pas longue. Heureux de quitter les splendeurs de la cour pour la vie modeste et familière qu'il aimait, il revint à Matsuyama dès que le seigneur d'Echigo le lui permit. Il rapportait de la capitale quelques présents pour sa femme et pour sa fille : l'enfant eut une poupée, des friandises ; la mère eut un miroir de bronze argenté. Cet objet parut à la jeune femme une chose tout à fait merveilleuse, car c'était le premier qu'on eut apporté à Matsuyama. Elle n'en comprenait pas l'usage, et elle demanda naïvement quel était ce joli visage souriant que l'on y voyait. C'est qu'elle ne connaissait point sa propre figure, ne l'ayant jamais vue bien reflétée dans une surface claire et polie. Le mari, dans ses voyages, avait plus d'une fois vu des miroirs, bien que l'usage en fût peu répandu. Il se mit à rire.

– Eh quoi ! lui dit-il, es-tu assez sotte pour ignorer que ce charmant visage est le tien ? Tu aurais pu le deviner.

Honteuse de son ignorance, elle n'osa pas faire d'autres questions, elle mit de côté le miroir, pensant toujours que c'était un objet bien mystérieux. Elle ne comprit qu'une chose : c'est que son image y apparaissait.

Pendant de longues années, elle le tint soigneusement caché. Pourquoi ? On ne le sait pas au juste. Peut-être tout simplement, parce que la moindre bagatelle, quand c'est un présent de l'amour, devient quelque chose de sacré. Alors, à certains jours, on le regarde avec tendresse ; mais on hésite à le montrer à d'autres personnes, qui ne pourraient pas le voir avec les mêmes yeux.

Cette femme avait une santé chétive : elle mourut jeune encore. Pendant sa dernière maladie, lorsqu'elle se sentit tout près de sa fin, elle prit le cher miroir et le donna à sa fille en lui disant :

– Après ma mort, il faudra le regarder matin et soir, et tu m’y verras. N’est pas trop de chagrin.

Puis elle mourut.

À partir de ce moment, la jeune fille ne manqua point de regarder, soir et matin, dans le miroir. Aussi naïve que sa mère, à qui elle ressemblait beaucoup d’âme et de visage, elle ne sut point qu’elle y voyait, non pas les traits de sa mère, mais les siens. Elle parlait à cette image, persuadée dans son cœur qu’elle se rencontrait ainsi avec sa mère ; et rien ne lui était aussi précieux que son miroir.

À la fin, son père s’aperçut que, tous les jours, elle regardait le miroir et même lui parlait. Il lui en demanda le motif.

– Je regarde ma mère, répondit la jeune fille. Elle n’est plus pâle et fatiguée comme pendant sa dernière maladie ; elle paraît encore toute jeune. Il m’est bien doux de la retrouver ainsi et de m’entretenir avec elle.

Alors, ému d’une tendre pitié, le père sentit ses yeux se remplir de larmes ; et, sans détromper son enfant, il lui dit :

– Oui, tu la retrouves là, comme je la retrouve en toi.

Les lutins et le cordonnier

Conte des frères Grimm

Texte extrait de *Mes grands contes classiques*, édition Nathan, 2007, (pp 153-160).

Il était une fois un brave cordonnier, qui à la suite de malchances, problèmes et difficultés diverses était devenu très, très pauvre.

Si pauvre qu'il arriva même un jour où il n'y eut plus rien dans toute sa boutique, rien d'autre qu'un morceau de cuir juste assez grand pour faire une paire de chaussures.

Le pauvre homme coupa le cuir pour qu'il soit tout prêt à coudre ; puis comme il était tard, il alla se coucher après avoir posé les pièces de cuir sur la table.

De bon matin, le lendemain, il alla dans sa boutique, et, là, devant lui, sur la table, il n'y avait plus de cuir...mais une superbe paire de souliers tout prêts à mettre.

Le cordonnier se frotta les yeux et appela sa femme, qui fut aussi étonnée que lui. Ils regardèrent partout ; la porte était fermée, et on ne voyait aucune trace de pas...

Alors, vite, le cordonnier ouvrit la boutique et mit les chaussures en vitrine.

Ce n'était pas plus tôt fait que le premier client entra, admirait les souliers, puis les achetait... quatre fois plus cher que le prix habituel !

Avec l'argent, le cordonnier acheta assez de cuir pour pouvoir faire deux paires de chaussures.

Son achat lui avait pris un long moment, et, il eut juste assez de temps pour couper le cuir et laisser les morceaux sur la table, prêts à être cousus le lendemain. Puis il alla se coucher.

De bon matin, le lendemain, le cordonnier et sa femme descendirent tous les deux à la boutique, et là, comme la veille, sur la table, il y avait deux superbes paires de chaussures, bien finies et même cirées !

« Quelle merveille ! » disait la femme. « C'est extraordinaire ! » répétait l'homme. Et ils étaient encore en train de s'étonner quand un acheteur entra. Il admira les souliers, les acheta... et, avec l'argent, le cordonnier put acheter du cuir pour quatre paires !

Le brave homme les prépara comme la veille, et, le lendemain, les quatre paires étaient faites !

Cela continua ainsi pendant plusieurs semaines.

Le soir, le cordonnier taillait le cuir ; le lendemain, les chaussures étaient prêtes. Toutes sortes de chaussures, et toujours d'une qualité exceptionnelle : des chaussures pour hommes, femmes et enfants ; des souliers plats ou à talons hauts ; à bride et à lacets ; des bottes de marche, des escarpins pour le bal ou des chaussures de ville...

Tout ! Le mystérieux cordonnier savait tout faire !

Quant à notre homme, les clients affluaient dans sa boutique et la misère disparut de sa vie.

Cependant, il avait tellement envie de connaître son mystérieux bienfaiteur qu'un soir, après avoir laissé les morceaux de cuir bien taillés sur la table, il se cacha derrière un rideau avec sa femme...

Juste comme minuit sonnait, il y eut du remue ménage : c'était... deux petits lutins qui se glissaient par une fente du volet. Ils entrèrent dans la boutique et s'approchèrent de la

table de travail en dansant. Là, ils se mirent à assembler les morceaux de cuir. Par l'ouverture du rideau, le cordonnier et sa femme les observaient. Les lutins étaient tout nus, et si drôles avec leurs petits ciseaux, leurs petits marteaux et leur fil !

Tap ! tap ! faisaient les marteaux ; zz... zz... faisait le fil ; et en rien de temps, les souliers furent finis.

Puis les petits lutins se prirent la main et dansèrent gaiement autour de la table... Quand ils eurent fait toutes les chaussures, ils disparurent comme ils étaient venus.

Alors le cordonnier et sa femme, à peine remis de leur surprise, se regardèrent.

- Comment faire pour remercier ces lutins ? demanda le mari.
- Ils sont tout nus et doivent avoir froid. Je leur ferai des habits, dit la femme.
- Si tu fais les habits, je ferai les souliers !

Le jour même, ils se mirent au travail.

La femme cousit deux toutes petites vestes de drap vert, deux tout petits gilets de drap jaune, deux toutes petites culottes de drap blanc, deux petits bonnets de drap rouge avec une aigrette de plume de coq, et son mari fit deux paires de beaux petits souliers rouges à bout pointu. Il mit des boutons brillants et la veille de Noël, tout était prêt.

Le soir, le cordonnier nettoya sa table, et, à la place des pièces de cuir, il mit les jolis habits. Puis de nouveau, il se cacha derrière le rideau avec sa femme.

Au premier coup de minuit, les lutins arrivèrent. Dansant et tourbillonnant, ils s'approchaient de la table, quand, ô surprise ! Ils s'arrêtèrent net. Ils avaient vu les jolis habits, ils se précipitèrent et les essayèrent. Puis ce fut une folle cavalcade ; ils se mirent à sauter, danser et virevolter joyeusement :

Ainsi vêtus, nous partons vers d'autres aventures !

Ainsi vêtus, nous voguons vers d'autres mesures !

Adieu, le cuir et les chaussures !

Adieu, le cuir et les chaussuuuures !...

Et ils disparurent pour ne plus jamais revenir.

Mais grâce à eux, le cordonnier avait de nouveau du travail. Ses jours pouvaient désormais s'écouler tranquilles et sans soucis.

Le moulin magique

Auteur inconnu

Extrait du livre Les contes du folklore japonais
Collection «Enfance», Éditions Pronoia Cinévision, 1980

Texte récupéré sur le site internet :

http://www.podcastmcq.org/fr/documents/pedago/documents/conte_japonais2.pdf

Il était une fois un jeune paysan qui n'avait plus rien à manger. Plus le moindre grain de riz à se mettre sous la dent...

Un jour, comme il s'en revenait chez lui, le ventre creux, il rencontra un vieil homme qui peinait sous le poids d'une lourde charge.

– Attendez, je vais vous aider! dit-il au vieux.

– Merci, mon brave garçon, lui dit le vieil homme. Tiens, prends ces deux beignets. Tu peux les manger tout de suite puisque tu as très faim mais, si tu as bon coeur, ce que je crois, porte-les donc aux nains, à l'autre bout du village. Ils sont encore plus affamés que toi : ils n'ont rien mangé depuis trois jours.

Le jeune homme hésita. Il avait si faim! Et les beignets étaient si croustillants, si tentants! Mais il résista et alla les offrir aux nains.

– Pour te remercier, lui dirent-ils, emporte ce petit moulin magique.

Nous autres, les nains, n'avons pas le droit de nous en servir... Si tu tournes la manivelle vers la droite, il te donnera tout ce que tu désires. Si tu veux l'arrêter, tourne la manivelle vers la gauche. C'est simple, n'est-ce pas?

Le jeune paysan courut chez lui et appela sa femme. Il posa le moulin sur une natte, tourna la manivelle vers la droite et dit à voix haute : « Petit moulin, petit moulin, donne-nous du riz! »

Et la magie s'accomplit : des centaines de grains de riz jaillirent du moulin! En quelques minutes, il y en avait un gros tas : au moins cinquante kilos! Le paysan tourna alors la manivelle vers la gauche et le moulin s'arrêta.

– Et maintenant, petit moulin, donne-moi du poisson et du vin, s'il te plaît!

Un gros poisson et un pot apparurent. Le jeune paysan et sa femme firent cuire le riz et le poisson et se rassasièrent. C'est si bon de manger quand on a faim!

Après le repas, le jeune homme reprit son petit moulin et dit : « Petit moulin, donne-moi de l'avoine pour mes chevaux. » Trois petits tours vers la droite et le seau s'emplit d'avoine.

Le lendemain, le jeune homme organisa une grande fête. Il invita tout le village et aussi les nains qui repartirent en emportant plein de bonnes provisions fournies par le moulin magique.

Ce soir-là, tout le monde était très gai... sauf le frère du paysan, un vilain bonhomme très jaloux...

Quand la nuit fut tombée, ce méchant homme revint sans faire de bruit dans la maison de son frère et vola le moulin magique.

Il courut au port, sauta dans son bateau et s'enfuit. Parvenu au milieu de la mer, il sortit deux tartines de son sac et les goûta. Il ne les trouva pas assez salées et aussitôt, il posa le petit moulin sur le pont et lui commanda du sel en tournant la manivelle vers la droite. Le petit moulin fit son devoir et donna du sel, du sel, encore du sel! Le vilain bonhomme, ne sachant pas comment arrêter le moulin magique, l'insultait et criait!

Et bientôt, le bateau s'enfonça dans les flots, emportant avec lui le voleur. Le moulin se posa sur un lit de sable fin et continua de tourner, de tourner, et de fournir du sel, encore du sel, toujours du sel!

C'est depuis ce temps-là, dit-on, que la mer est salée. Mais cela est une autre histoire!

Le merle blanc

Auteur inconnu

Texte récupéré sur le site internet :

<http://chez-domi.nuxit.net/merleblanc.htm>

Un roi assez vieux avait trois fils. Les deux aînés étaient méchants, emportés, brutaux même. Quant au cadet, il était doux, mais assez simple d'esprit. Un certain jour, le roi les rassembla tous trois et leur dit :

- On m'a assuré qu'à cinquante lieues d'ici, dans une grande forêt, il y a une bête merveilleuse qu'on nomme le merle blanc. Cette bête: a le pouvoir de rajeunir celui qui peut la posséder. Me voila avancé en âge: si donc quelqu'un pouvait m'apporter cette bête merveilleuse, je suis disposé à l'en récompenser par ma couronne.

L'aîné, prenant alors la parole, demanda à son père de le laisser aller à la recherche du merle blanc et déclara qu'il ne reviendrait point sans l'avoir trouvé.

Le roi fit donner des armes, un bon cheval et de l'argent, et le laissa partir.

Après avoir marché bien longtemps, il arriva dans une grande et belle ville, où régnait alors un roi débonnaire et ami du plaisir. Le prince fut bien accueilli par les habitants qui ne voyaient que son beau sac rempli d'or. Il ne tarda pas à être introduit au milieu de la cour du roi régnant. De sorte que, un an après son départ il n'était pas encore de retour.

Voyant cela, le second des fils du roi partit à la recherche du fameux merle blanc, emportant comme son frère un beau cheval, des armes et de l'or. Il lui arriva les mêmes aventures qu'à son frère. Il rencontra d'ailleurs, dépouillé de tout, dans la ville. Malgré cet exemple, il y mena la même vie que son frère, oubliant complètement et son père et la couronne promise à celui qui pourrait ramener le grand merle blanc. De sorte qu'un an après son départ le roi n'en avait encore reçu aucune nouvelle.

Alors le cadet dit à son père :

- Sire, si vous me le permettez, j'irai, moi aussi, à la recherche de la bête merveilleuse, et, Dieu aidant, j'espère vous revenir avant trois mois. Faites-moi donner un peu d'argent. Je n'ai besoin d'armes et de cheval pour faire ce voyage. C'est à ma bonne étoile que je remets le soin de mon succès. Après quelques difficultés, le roi laissa partir son dernier fils.

Cinq jours après avoir quitté le palais de son père, le prince traversait une forêt lorsqu'il entendit les cris d'une bête. Il couru vers les cris et arriva devant un renard pris au piège. Le jeune prince secouru le renard qui le remercia en lui disant :

-écoute, tu m'as sauvé la vie. Pour te récompenser de ton bon cœur, je me mets à ta disposition, quand tu auras besoin de mon assistance, tu diras : "Renard, renard, passe monts et vallées, j'ai besoin de ton secours." Je viendrai et je te sauverai. Je sais que tu vas t'emparer du merle blanc. Il se trouve à deux lieues d'ici, à cent pas de la grosse tour de la ville. Il est dans une grotte gardée par deux dragons. Pour endormir ces bêtes, tu auras besoin de nourriture trempée dans de l'eau de vie que tu leur jetteras. Une heure après, le merle blanc sera en ta possession. Allez, pars ! Un dernier conseil, ne rends service à personne avant que je ne t'aie revu. Adieu !

Ayant ainsi parlé, le renard disparut dans la profondeur du bois.

Resté seul, le prince continua sa route et arriva bientôt aux portes de la ville où il ne se fit pas remarquer. Ayant entendu le bruit d'une trompette dans une rue voisine, il s'y rendit et y vit une foule nombreuse entourant les officiers du roi. Ils annonçaient l'exécution pour le lendemain matin de deux princes étrangers coupables de haute trahison.

Le jeune homme savait que c'étaient ses deux frères. Il alla acheter la nourriture et l'eau-de-vie qui lui étaient nécessaires, et partit pour rejoindre le repaire des dragons. Il trouva effectivement la grotte du merle blanc. Une grande odeur de soufre le suffoqua, mais il s'approcha et jeta aux dragons les provisions qu'il avait apportées.

Une heure après, le fameux merle en sa possession. C'était un oiseau gigantesque, ses ailes brillaient comme le soleil.

- *Que veux-tu de moi ? demanda l'oiseau; parle! Je suis à tes ordres.*

- *Je voudrais d'abord que tu fasses délivrer mes deux frères qui sont prisonniers du roi.*

- *Soit ! Monte sur mon cou et je t'y conduirai.*

Le prince enfourcha le merle blanc et se trouva bientôt au milieu de ses frères, qu'il enleva au nez de leurs gardiens ébahis.

Malgré le bon service que venait de leur rendre leur cadet, les deux princes ne songèrent qu'à s'emparer de la bête merveilleuse.

- *As-tu vu, dit l'un, la belle carrière d'or qui se trouve là-bas ?*

- *Non, je n'ai pas songé à la regarder en passant, répondit le cadet*

- *Alors, viens la voir.*

Et les trois frères s'approchèrent du gouffre. Pendant que le cadet se penchait pour mieux voir, il fut poussé par ses deux frères et tomba au fond de la mine.

Lorsqu'il revint à lui, il songea au renard qu'il avait sauvé et se mit à crier :

- *Renard, renard, passe monts et vallées, j'ai besoin de ton secours !*

Ces mots étaient à peine prononcés que déjà le renard était auprès de lui, et, en léchant les plaies que lui avait faites sa chute au fond du souterrain, le guérit complètement.

- *Maintenant que te voilà guéri, lui dit le renard, il te reste à sortir du trou. à cet effet, tu vas te tenir à ma queue et je te remonterai. Ne t'avise pas de lâcher ma queue, car ce serait à recommencer. Tiens-toi bien, je monte !*

Et le renard monta en l'air, traînant après lui le prince cramponné à sa queue. Le prince arriva à terre ferme.

Après avoir remercié le renard, le jeune prince s'en alla rejoindre le château de son père.

Arrivé là bas, il demanda au roi (son père), de lui donner la garde du merle blanc que ses deux frères avaient rapporté comme leur conquête. Le roi accepta.

Le jeune frère apprit alors que le merle blanc avait déclaré au roi qu'il ne le rajeunirait pas si on ne lui amenait celui qui l'avait conquis sur les deux dragons. Les deux princes avaient dit à leur père que c'étaient eux-mêmes qui avaient pris la bête, et que c'était pour se venger que le merle blanc disait cela.

Dès que le jeune prince fut entré dans la salle où se trouvait merle blanc, il vit l'oiseau s'abaisser et lui commander de monter sur son cou, ce qu'il fit. Une seconde après, tous deux étaient dans la salle du roi à qui ils racontèrent les supercheries des deux princes.

Outré de colère, le roi fit dresser deux bûchers dans la cour du palais, y fit lier ses deux fils aînés et les fit brûler vifs. Puis il prit sa couronne et la donna au jeune prince.

Un instant après, le vieux roi était redevenu jeune, grâce, au fameux merle blanc.

La petite fille aux allumettes

Conte d'Andersen

Texte récupéré sur le site internet :

<http://feeclochette.chez.com/Andersen/allumettes.htm>

Il faisait effroyablement froid; il neigeait depuis le matin; il faisait déjà sombre; le soir approchait, le soir du dernier jour de l'année. Au milieu des rafales, par ce froid glacial, une pauvre petite fille marchait dans la rue: elle n'avait rien sur la tête, elle était pieds nus. Lorsqu'elle était sortie de chez elle le matin, elle avait eu de vieilles pantoufles beaucoup trop grandes pour elle. Aussi les perdit-elle lorsqu'elle eut à se sauver devant une file de voitures; les voitures passées, elle chercha après ses chaussures; un méchant gamin s'enfuyait emportant en riant l'une des pantoufles; l'autre avait été entièrement écrasée. Voilà la malheureuse enfant n'ayant plus rien pour abriter ses pauvres petits petons. Dans son vieux tablier, elle portait des allumettes: elle en tenait à la main un paquet. Mais, ce jour, la veille du nouvel an, tout le monde était affairé; par cet affreux temps, personne ne s'arrêtait pour considérer l'air suppliant de la petite qui faisait pitié. La journée finissait, et elle n'avait pas encore vendu un seul paquet d'allumettes. Tremblante de froid et de faim, elle se traînait de rue en rue. Des flocons de neige couvraient sa longue chevelure blonde. De toutes les fenêtres brillaient des lumières: de presque toutes les maisons sortait une délicieuse odeur, celle de l'oie, qu'on rôtitait pour le festin du soir: c'était la Saint-Sylvestre. Cela, oui, cela lui faisait arrêter ses pas errants.

Enfin, après avoir une dernière fois offert en vain son paquet d'allumettes, l'enfant aperçoit une encoignure entre deux maisons, dont l'une dépassait un peu l'autre. Harassée, elle s'y assied et s'y blottit, tirant à elle ses petits pieds: mais elle grelotte et frissonne encore plus qu'avant et cependant elle n'ose rentrer chez elle. Elle n'y rapporterait pas la plus petite monnaie, et son père la battrait. L'enfant avait ses petites menottes toutes transies. «Si je prenais une allumette, se dit-elle, une seule pour réchauffer mes doigts? » C'est ce qu'elle fit. Quelle flamme merveilleuse c'était! Il sembla tout à coup à la petite fille qu'elle se trouvait devant un grand poêle en fonte, décoré d'ornements en cuivre. La petite allait étendre ses pieds pour les réchauffer, lorsque la petite flamme s'éteignit brusquement: le poêle disparut, et l'enfant restait là, tenant en main un petit morceau de bois à moitié brûlé. Elle frotta une seconde allumette: la lueur se projetait sur la muraille qui devint transparente. Derrière, la table était mise: elle était couverte d'une belle nappe blanche, sur laquelle brillait une superbe vaisselle de porcelaine. Au milieu, s'étalait une magnifique oie rôtie, entourée de compote de pommes: et voilà que la bête se met en mouvement et, avec un couteau et une fourchette fixés dans sa poitrine, vient se présenter devant la pauvre petite. Et puis plus rien: la flamme s'éteint. L'enfant prend une troisième allumette, et elle se voit transportée près d'un arbre de Noël,

splendide. Sur ses branches vertes, brillaient mille bougies de couleurs: de tous côtés, pendait une foule de merveilles. La petite étendit la main pour saisir la moins belle: l'allumette s'éteint. L'arbre semble monter vers le ciel et ses bougies deviennent des étoiles: il y en a une qui se détache et qui redescend vers la terre, laissant une traînée de feu. «Voilà quelqu'un qui va mourir » se dit la petite. Sa vieille grand-mère, le seul être qui l'avait aimée et chérie, et qui était morte il n'y avait pas longtemps, lui avait dit que lorsqu'on voit une étoile qui file, d'un autre côté une âme monte vers le paradis. Elle frotta encore une allumette: une grande clarté se répandit et, devant l'enfant, se tenait la vieille grand-mère.

- Grand-mère, s'écria la petite, grand-mère, emmène-moi. Oh! tu vas me quitter quand l'allumette sera éteinte: tu t'évanouiras comme le poêle si chaud, le superbe rôti d'oie, le splendide arbre de Noël. Reste, je te prie, ou emporte-moi.

Et l'enfant alluma une nouvelle allumette, et puis une autre, et enfin tout le paquet, pour voir la bonne grand-mère le plus longtemps possible. La grand-mère prit la petite dans ses bras et elle la porta bien haut, en un lieu où il n'y avait plus ni de froid, ni de faim, ni de chagrin: c'était devant le trône de Dieu.

Le lendemain matin, cependant, les passants trouvèrent dans l'encoignure le corps de la petite ; ses joues étaient rouges, elle semblait sourire ; elle était morte de froid, pendant la nuit qui avait apporté à tant d'autres des joies et des plaisirs. Elle tenait dans sa petite main, toute raidie, les restes brûlés d'un paquet d'allumettes.

- Quelle sottise ! dit un sans-cœur. Comment a-t-elle pu croire que cela la réchaufferait ? D'autres versèrent des larmes sur l'enfant; c'est qu'ils ne savaient pas toutes les belles choses qu'elle avait vues pendant la nuit du nouvel an, c'est qu'ils ignoraient que, si elle avait bien souffert, elle goûtait maintenant dans les bras de sa grand-mère la plus douce félicité.

La princesse de pierre

Conte des frères GRIMM

Conte récupéré sur le site internet :

http://www.hattermer.fr/Noel_contes/Conte_Grimm_Princesse.htm

Deux princes partirent un jour à l'aventure vers de lointaines contrées. Mais comme ils s'amusaient beaucoup à faire les quatre cents coups, ils décidèrent de ne plus revenir au château.

Leur petit frère, qui se faisait du souci, décida de partir à leur recherche. Lorsqu'il les trouva enfin, ils se moquèrent de lui: "Oh! Une chance que tu sois venu, petit frère. Car nous n'aurions jamais pu nous débrouiller seuls; tu es tellement plus intelligent que nous." Mais ils acceptèrent quand même de l'emmener avec eux.

Ils reprirent donc la route tous ensemble et un jour, au détour d'un sentier, ils aperçurent une fourmilière. Le plus vieux voulu la fouiller et voir comment les petites fourmis apeurées se précipiteraient au-dehors, transportant leurs œufs pour les mettre en sûreté. Mais le plus jeune dit: "Laisse donc ces animaux en paix, je ne peux pas supporter qu'on les dérange!"

Ils continuèrent et arrivèrent au bord d'un lac sur lequel barbotaient un très grand nombre de canards. Les deux plus vieux voulurent en attraper quelques-uns et les faire cuire, mais le plus jeune ne les laissa pas faire et leur dit: "Laissez donc les animaux en paix, je ne peux pas supporter qu'on les tue!"

Plus tard, ils trouvèrent une ruche d'abeilles qui était tellement remplie de miel, qu'elle en débordait. Les deux frères voulurent faire un feu sous la ruche, afin d'enfumer les abeilles et leur voler leur miel. Mais le plus jeune les en empêcha encore et leur dit: "Laissez donc les animaux en paix, je ne peux pas supporter qu'on les brûle!"

Finalement, les trois frères arrivèrent à un château ensorcelé. Une méchante sorcière avait transformé en pierre toutes les plantes, tous les animaux et tous les gens de ce château, à l'exception du roi. Elle avait épargné le roi car elle voulait qu'il souffre de voir ses trois filles dormir d'un sommeil de pierre.

Les trois princes se dirigèrent vers la porte du château et regardèrent à l'intérieur par un petit trou. Là, ils virent un homme gris et triste comme la pierre assis à une table: c'était le roi. Ils l'appelèrent une fois, puis une seconde fois, mais le roi ne les entendit pas. Ils l'appelèrent de nouveau. Là, il se leva, ouvrit la porte et, sans prononcer un seul mot, les conduisit à une table couverte de victuailles. Lorsque les trois princes eurent mangé et bu, qu'ils furent rassasiés et repus, le roi leur montra leur chambre et ils allèrent dormir.

Le lendemain matin, le roi vint auprès du plus vieux des princes, lui fit signe de le suivre et le conduisit à une tablette de pierre. Sur cette tablette se trouvaient trois inscriptions, chacune décrivant une épreuve qui devait être accomplie pour que le château soit délivré de son mauvais sort.

La première disait: "Dans la forêt, sous la mousse, gisent les mille perles des princesses. Elles doivent toutes être retrouvées avant le coucher du soleil. S'il en manque ne serait-ce qu'une seule, celui qui les aura cherché sera changé en pierre." Le prince partit donc dans la forêt et chercha durant toute la journée. Mais lorsque la nuit tomba, il en avait seulement trouvé une centaine. Il arriva ce qui était écrit sur la tablette: il fut changé en pierre.

Le jour suivant, le second prince entreprit à son tour de retrouver les perles. Mais il ne fit pas beaucoup mieux que son frère aîné: il ne trouva que deux cents perles et fut lui aussi changé en pierre.

Puis, ce fut au tour du plus jeune de chercher les perles. Mais c'était tellement difficile et cela prenait tellement de temps, qu'il se découragea. Il s'assit sur une roche et se mit à pleurer. À ce moment, la reine des fourmis, à qui il avait un jour porté secours, surgit avec cinq mille autres fourmis. Les petites bêtes cherchèrent les perles et cela ne leur prit guère de temps pour qu'elles les retrouvent toutes et qu'elles les rassemblent en un petit tas.

Fort de son succès, le jeune prince s'attaqua à la seconde épreuve: "La clef de la chambre des princesses gît au fond du lac. Elle doit être retrouvée avant le coucher du soleil. Si ce n'est pas le cas, celui qui l'aura cherché sera changé en pierre." Lorsqu'il arriva au bord du lac, les canards, qu'il avait un jour sauvés, barbotaient encore. Ceux-ci plongèrent dans les profondeurs du lac et rapportèrent la clef au prince.

La dernière épreuve était la plus difficile de toutes: "Parmi les trois filles du roi, il en est une qui est plus jeune et plus gentille que les autres. Elle doit être reconnue avant le coucher du soleil. Celui qui se trompera, celui-là sera changé en pierre." Mais les trois princesses se ressemblaient toutes comme des gouttes d'eau. La seule chose qui permettait de les distinguer était qu'avant d'être changées en pierre elles avaient mangé chacune une sucrerie différente: l'aînée avait mangé un morceau de sucre; la deuxième, un peu de sirop; la plus jeune, une cuillerée de miel.

C'est alors qu'arriva la reine des abeilles dont la ruche avait un jour été sauvée par le jeune prince. Elle se posa sur les lèvres de chacune des princesses pour y goûter les cristaux de sucre qui s'y trouvaient collés. Finalement, elle s'arrêta sur les lèvres de la troisième, car elles avaient le goût du miel.

C'est ainsi que le jeune prince pu reconnaître la plus jeune des princesses. À ce moment, le sort fut levé: toutes les plantes, tous les animaux et tous ceux qui avaient été changé en pierre reprirent vie, et les trois princesses se réveillèrent.

Le jeune prince épousa la plus jeune et devint le roi après la mort de son père, tandis que ses frères marièrent chacun une des deux autres princesses.

Les Musiciens de Brême

Conte des frères Grimm

Texte récupéré sur le site internet :

<http://feeclochette.chez.com/Grimm/musiciens.htm>

Un meunier possédait un âne qui, durant de longues années, avait inlassablement porté des sacs au moulin, mais dont les forces commençaient à décliner. Il devenait de plus en plus inapte au travail. Son maître songea à s'en débarrasser. L'âne se rendit compte qu'un vent défavorable commençait à souffler pour lui et il s'enfuit. Il prit la route de Brême. Il pensait qu'il pourrait y devenir musicien au service de la municipalité. Sur son chemin, il rencontra un chien de chasse qui s'était couché là. Il gémissait comme quelqu'un qui a tant couru, que la mort le guette.

- Alors, Taïaut, pourquoi jappes-tu comme ça ? demanda l'âne.

- Ah ! dit le chien, parce que je suis vieux, parce que je m'alourdis chaque jour un peu plus, parce que je ne peux plus chasser, mon maître veut me tuer. Je me suis enfui. Mais comment gagner mon pain maintenant ?

- Sais-tu, dit l'âne, je vais à Brême pour y devenir musicien ; viens avec moi et fais-toi engager dans l'orchestre municipal. Je jouerai du luth et toi de la timbale.

Le chien accepta avec joie et ils repartirent de compagnie. Bientôt, ils virent un chat sur la route, qui était triste... comme trois jours de pluie.

- Eh bien ! Qu'est-ce qui va de travers, vieux Raminagrobis ? demanda l'âne.

- Comment être joyeux quand il y va de sa vie ? répondit le chat. Parce que je deviens vieux, que mes dents s'usent et que je me tiens plus souvent à rêver derrière le poêle qu'à courir après les souris, ma maîtresse a voulu me noyer. J'ai bien réussi à me sauver, mais je ne sais que faire. Où aller ?

- Viens à Brême avec nous. Tu connais la musique, tu deviendras musicien.

Le chat accepta et les accompagna.

Les trois fugitifs arrivèrent à une ferme. Le coq de la maison était perché en haut du portail et criait de toutes ses forces.

- Tu cries à nous casser les oreilles, dit l'âne. Que t'arrive-t-il donc ?

- J'ai annoncé le beau temps, répondit le coq, parce que c'est le jour où la Sainte Vierge lave la chemise de L'Enfant Jésus et va la faire sécher. Mais, comme pour demain dimanche il doit venir des invités, la fermière a été sans pitié. Elle a dit à la cuisinière qu'elle voulait me manger demain et c'est ce soir qu'on doit me couper le cou. Alors, je crie à plein gosier pendant que je puis le faire encore.

- Eh ! Quoi, Chanteclair, dit l'âne, viens donc avec nous. Nous allons à Brême ; tu trouveras n'importe où quelque chose de préférable à ta mort. Tu as une bonne voix et si nous faisons de la musique ensemble, ce sera magnifique.

Le coq accepta ce conseil et tous quatre se remirent en chemin.

Mais il ne leur était pas possible d'atteindre la ville de Brême en une seule journée. Le soir, ils arrivèrent près d'une forêt où ils se décidèrent à passer la nuit. L'âne et le chien se couchèrent au pied d'un gros arbre, le chat et le coq s'installèrent dans les branches. Le coq monta jusqu'à la cime. Il pensait s'y trouver en sécurité. Avant de s'endormir, il jeta

un coup d'œil aux quatre coins de l'horizon. Il vit briller une petite lumière dans le lointain. Il appela ses compagnons et leur dit qu'il devait se trouver quelque maison par là, on y voyait de la lumière. L'âne dit :

- Levons-nous et allons-y ; ici, le gîte et le couvert ne sont pas bons.

Le chien songea que quelques os avec de la viande autour lui feraient du bien. Ils se mirent donc en route en direction de la lumière et la virent grandir au fur et à mesure qu'ils avançaient. Finalement, ils arrivèrent devant une maison brillamment éclairée, qui était le repaire d'une bande de voleurs.

L'âne, qui était le plus grand, s'approcha de la fenêtre et regarda à l'intérieur.

- Que vois-tu, Grison ? demanda le coq.

- Ce que je vois ? répondit l'âne : une table servie avec mets et boissons de bonne allure. Des voleurs y sont assis et sont en train de se régaler.

- Voilà ce qu'il nous faudrait, répartit le coq.

- Eh ! Oui, dit l'âne, si seulement nous y étions !

Les quatre compagnons délibérèrent pour savoir comment ils s'y prendraient pour chasser les voleurs. Finalement, ils découvrirent le moyen : l'âne appuierait ses pattes de devant sur le bord de la fenêtre, le chien sauterait sur son dos et le chat par-dessus. Le coq se perchait sur la tête du chat. Quand ils se furent ainsi installés, à un signal donné, ils commencèrent leur musique. L'âne brayait, le chien aboyait, le chat miaulait et le coq chantait. Sur quoi, ils bondirent par la fenêtre en faisant trembler les vitres. À ce concert inhabituel, les voleurs avaient sursauté. Ils crurent qu'un fantôme entraînait dans la pièce et, pris de panique, ils s'enfuirent dans la forêt. Nos quatre compagnons se mirent à table, se servirent de ce qui restait et mangèrent comme s'ils allaient connaître un mois de famine. Quand les quatre musiciens eurent terminé, ils éteignirent la lumière et chacun se choisit un endroit à sa convenance et du meilleur confort pour dormir. L'âne se coucha sur le fumier, le chien derrière la porte, le chat près du poêle et le coq se percha au poulailler. Et comme ils étaient fatigués de leur long trajet, ils s'endormirent aussitôt.

Quand minuit fut passé, les voleurs virent de loin que la lumière avait été éteinte dans la maison et que tout y paraissait tranquille. Leur capitaine dit :

- Nous n'aurions pas dû nous laisser mettre à la porte comme ça.

Il ordonna à l'un de ses hommes d'aller inspecter la maison. L'éclaireur vit que tout était silencieux ; il entra à la cuisine pour allumer une lumière. Voyant les yeux du chat brillants comme des braises, il en approcha une allumette et voulut l'enflammer. Le chat ne comprit pas la plaisanterie et, crachant et griffant, lui sauta au visage. L'homme fut saisi de terreur. Il se sauva et voulut sortir par la porte de derrière. Le chien, qui était allongé là, bondit et lui mordit les jambes. Et quand le voleur se mit à courir à travers la cour, passant par-dessus le tas de fumier, l'âne lui expédia un magistral coup de sabot. Le coq, que ce vacarme avait réveillé et mis en alerte, cria du haut de son perchoir :

- Cocorico !

Le voleur s'enfuit aussi vite qu'il le pouvait vers ses camarades, et dit au capitaine :

- Il y a dans la maison une affreuse sorcière qui a soufflé sur moi et m'a griffé le visage de ses longs doigts. Devant la porte, il y avait un homme avec un couteau : il m'a blessé aux jambes. Dans la cour, il y a un monstre noir : il m'a frappé avec une massue de bois. Et sur le toit, il y avait un juge de paix qui criait : « Qu'on m'amène le coquin ! » J'ai fait ce que j'ai pu pour m'enfuir.

À partir de ce moment-là, les voleurs n'osèrent plus retourner à la maison. Quant aux quatre musiciens de Brême, ils s'y plurent tant qu'ils y restèrent. Le dernier qui me l'a raconté en fait encore des gorges chaudes.

Grille individuelle

Nom du patient			
Atelier n°		du	
Conte			
Autres participants			

I - Appétence à la communication			
1) Nombre de fois où le patient prend la parole			
a) nombre de fois où le patient s'adresse à la conteuse	sans incitation extérieure		
	pour répondre à une question que lui pose la conteuse		
	pour répondre à une question posée au groupe par la conteuse		
	en réaction à ce qu'a dit la conteuse		
b) nombre de fois où le patient s'adresse à un participant	sans incitation extérieure		
	pour répondre à une question que lui pose un participant		
	pour répondre à une question posée par un participant au groupe		
	en réaction à ce qu'a dit un participant		
c) nombre de fois où le patient s'adresse au groupe	sans incitation extérieure		
	en réaction à ce qu'a dit la conteuse		
	en réaction à ce qu'à dit un participant		
2) Nombre de fois où le patient ne donne pas de réponse à la question qui lui est personnellement posée			
par la conteuse			
par un participant			
3) Moment où le patient prend la parole			
pendant la présentation			
pendant l'écoute du conte			
pendant la discussion			
au moment de se quitter			

II - Orientation des propos

1) Sujets abordés par le patient

Sujet	A qui?

2) Nombre de fois où le patient exprime oralement des émotions

joie	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
peur	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
tristesse	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
colère	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
doute	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
gêne	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
étonnement	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
ennui	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		
nostalgie	au groupe		
	à la conteuse		
	à un participant		

3) Nombre de fois où le patient exprime son imaginaire

en faisant référence au conte		
en faisant référence à son vécu		

4) Nombre de fois où le patient fait allusion à une situation familière ou marquante en référence à un moment dans le temps			
Vécu antérieur	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
Moment présent	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
Projection dans le futur	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
5) Nombre de fois où le patient exprime son avis personnel			
	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
6) Nombre de fois où le patient exprime son incompréhension ou une demande de précision			
	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
7) Nombre de fois où le patient demande de répéter une information			
	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		
8) Nombre de questions posées par le participant			
	à la conteuse		
	au groupe		
	à un participant		

III- Tonalité du discours		
1) Nombre de marques d'humour faites par le patient		
envers la conteuse		
envers le groupe		
envers un participant		
2) Nombre de marques de soutien exprimées par le patient		
envers la conteuse		
envers un participant		
3) Nombre de propos agressifs ou houleux exprimés par le patient		
à l'attention de la conteuse		
à l'attention du groupe		
à l'attention d'un participant		
4) Nombre de fois où l'on peut repérer un mécanisme de défense chez le patient		
à l'attention de la conteuse		
à l'attention du groupe		
à l'attention d'un participant		

IV - Qualité du discours		
1) Cohérence du discours du patient	nombre de propos cohérents	
	nombre de propos incohérents	
	nombre de fois où le patient perd le thème de la discussion	
	nombre de formules vides de sens utilisées par le patient	
2) Elaboration du discours du patient	nombre de phrases élaborées	
	nombre de réponses fermées ou sous forme d'interjection	
	nombre de répétitions	
3) Prise de parole du patient	nombre de fois où le patient ne respecte pas les tours de parole	
	nombre de temps de latence avant de répondre à une question	
4) Intelligibilité	nombre de fois où le corpus du patient n'est pas identifiable	

Résultats Mme P.

Tableau A1

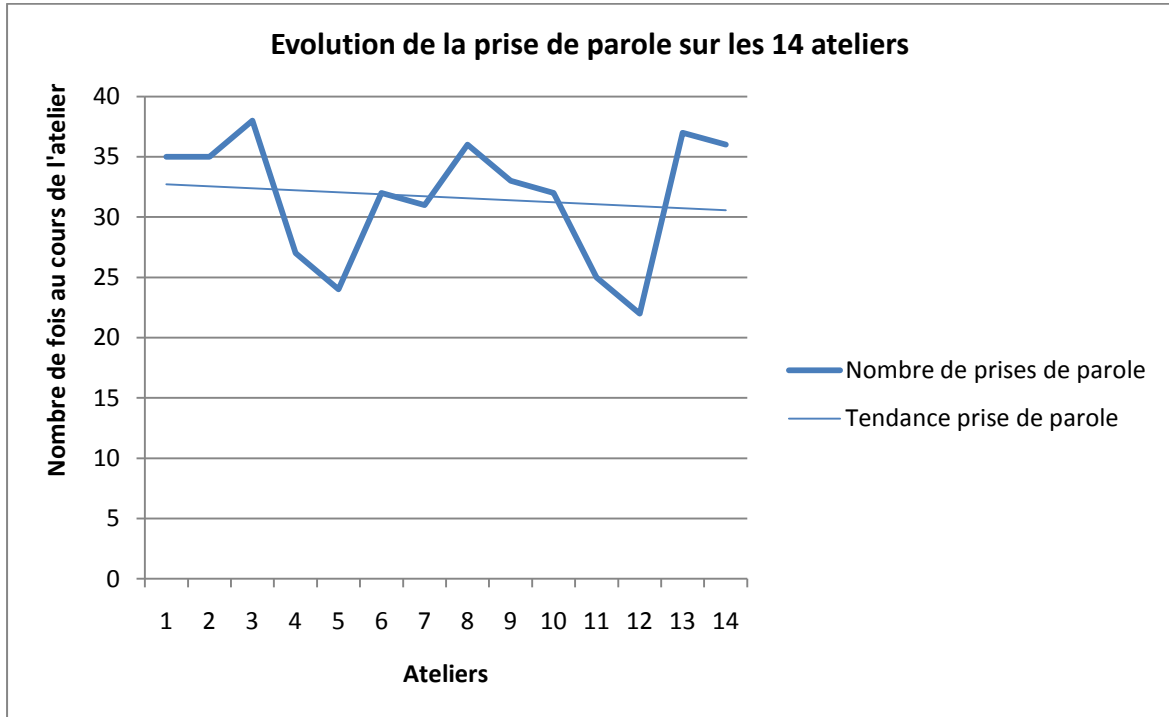


Tableau A2

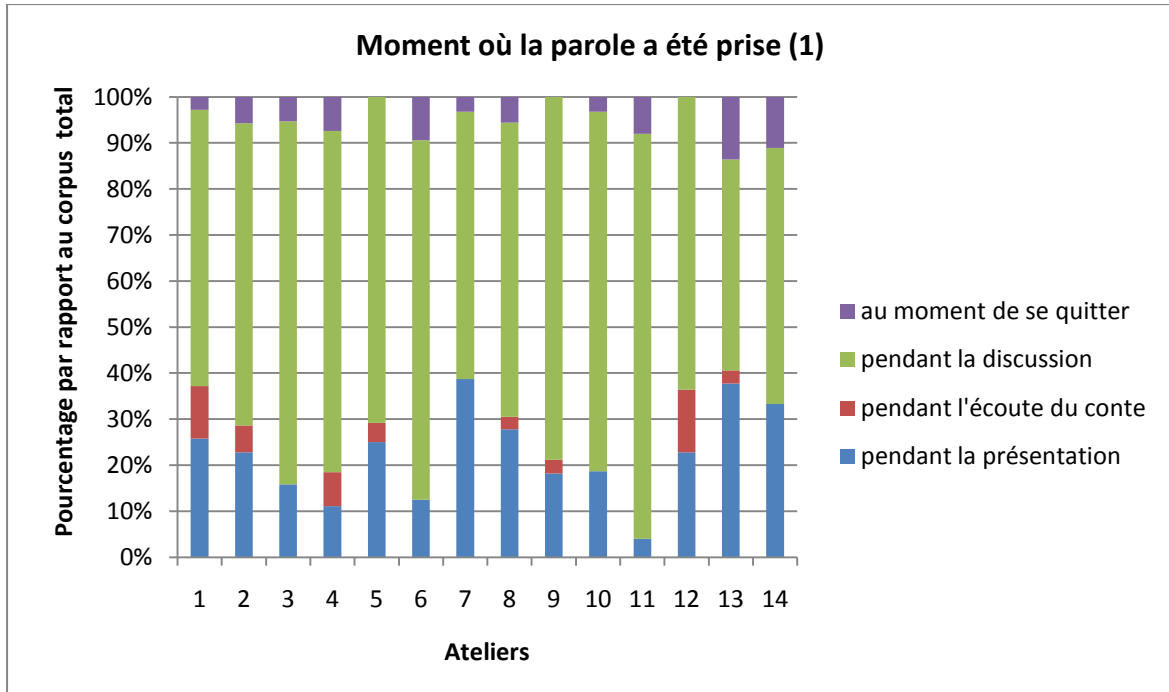


Tableau A2i

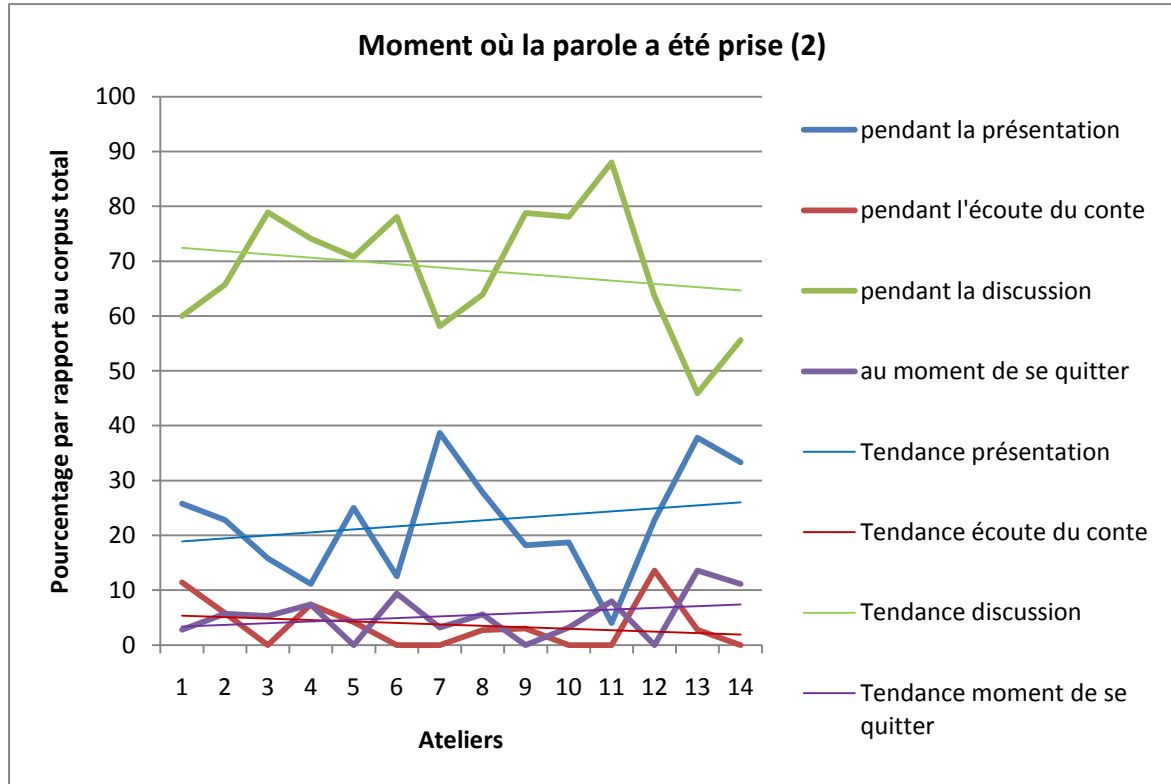


Tableau A3

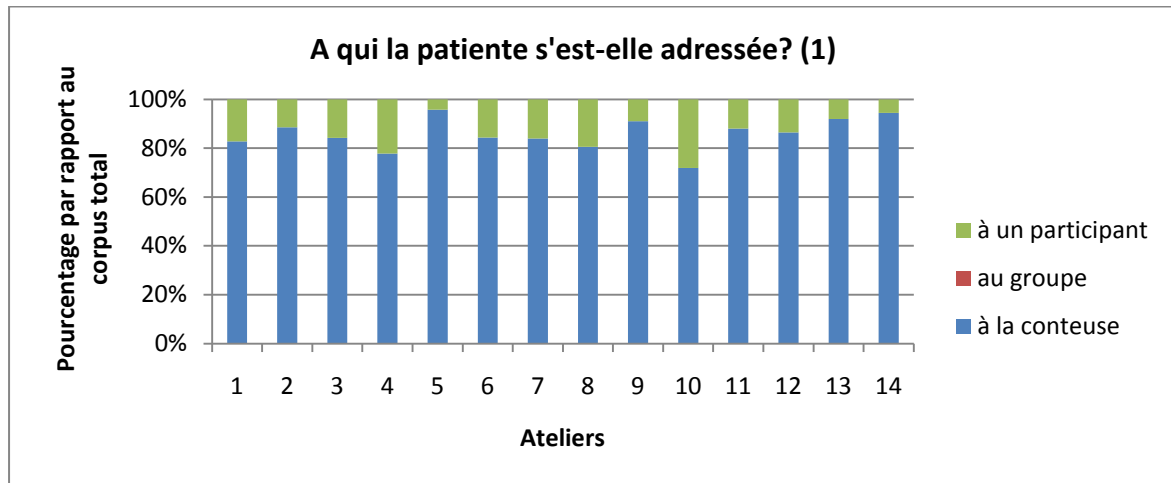


Tableau A3i

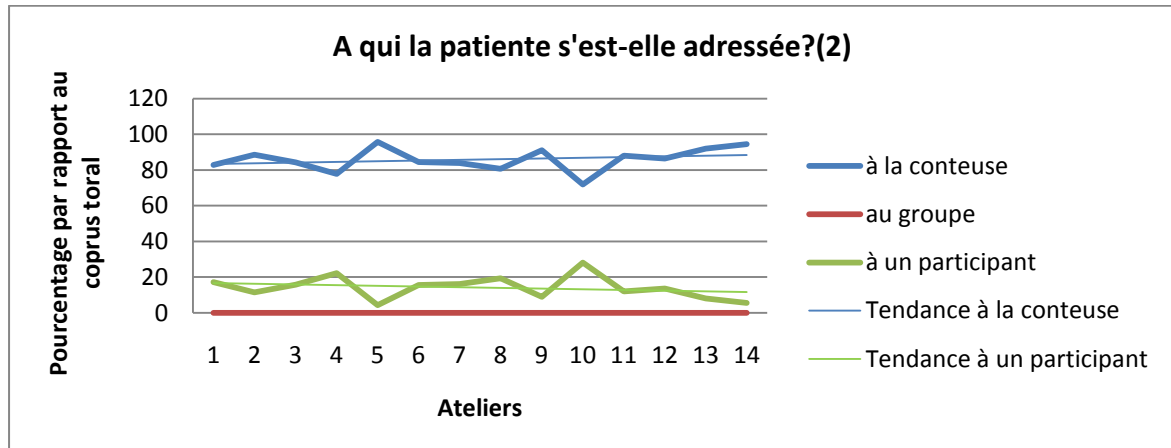


Tableau A4

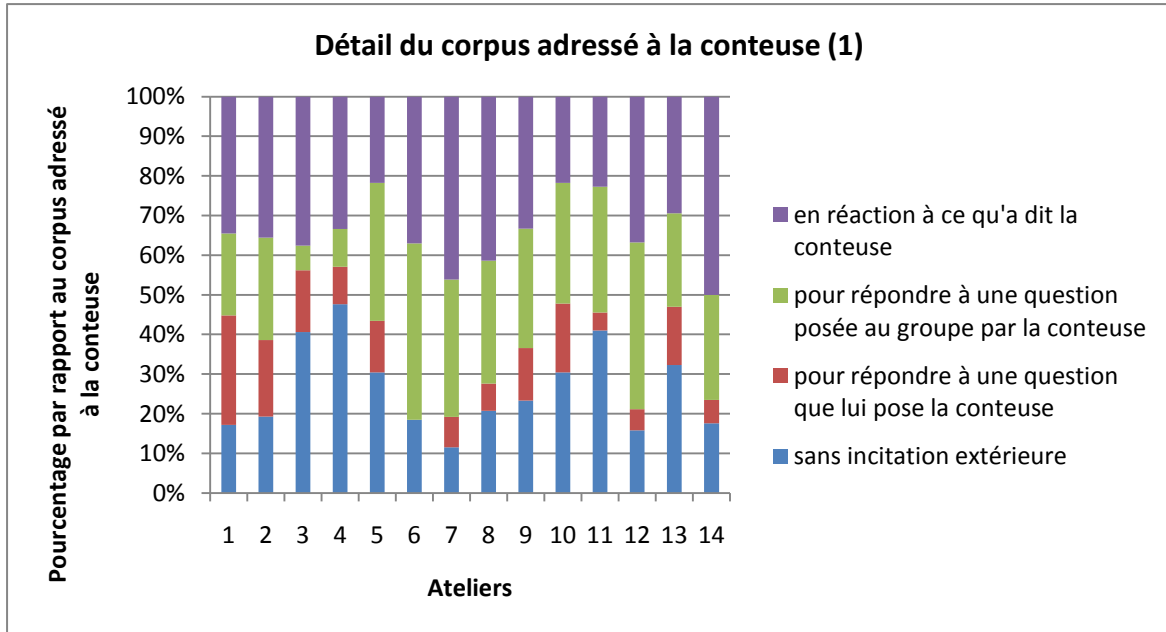


Tableau A4i

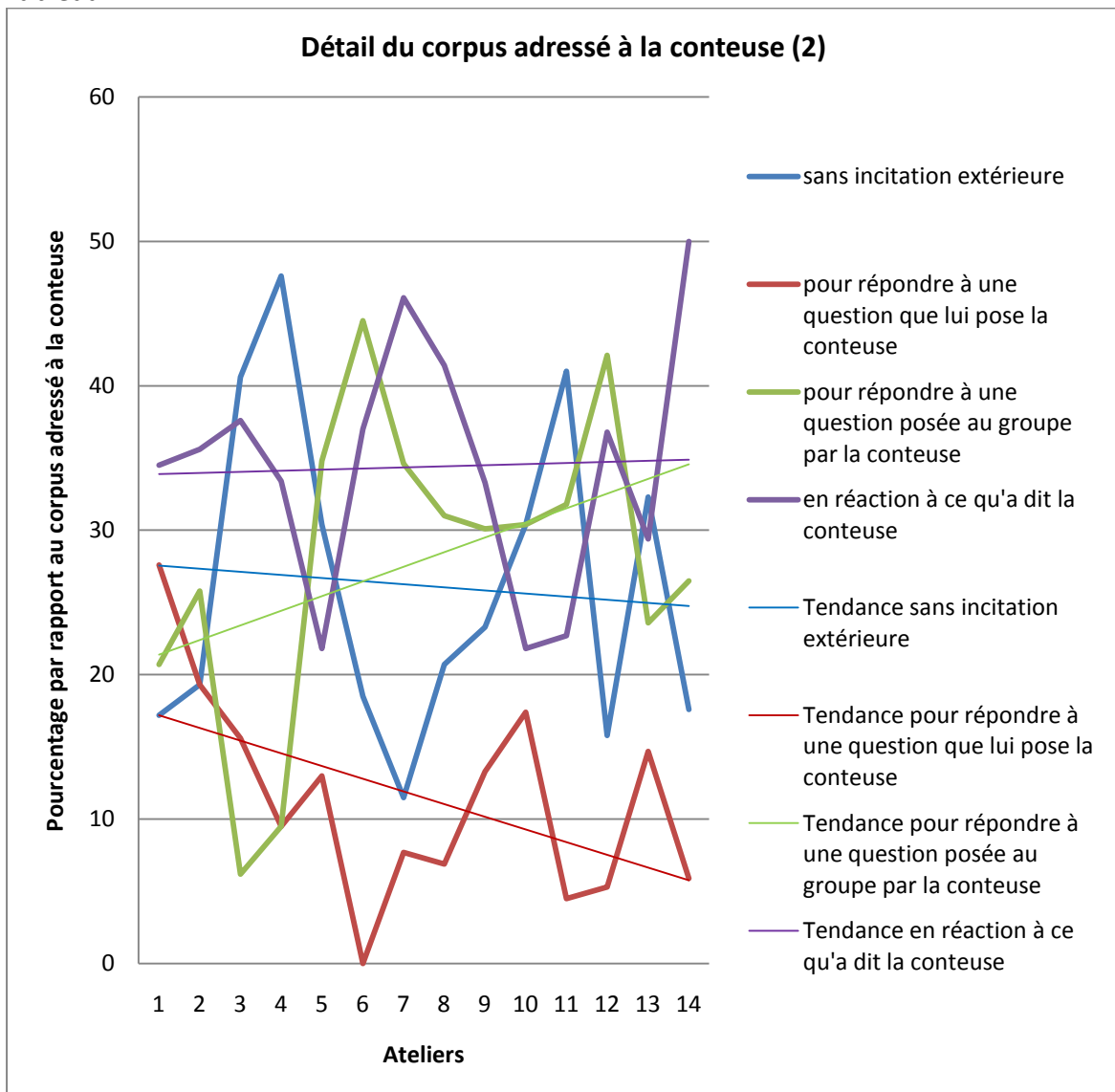


Tableau A5

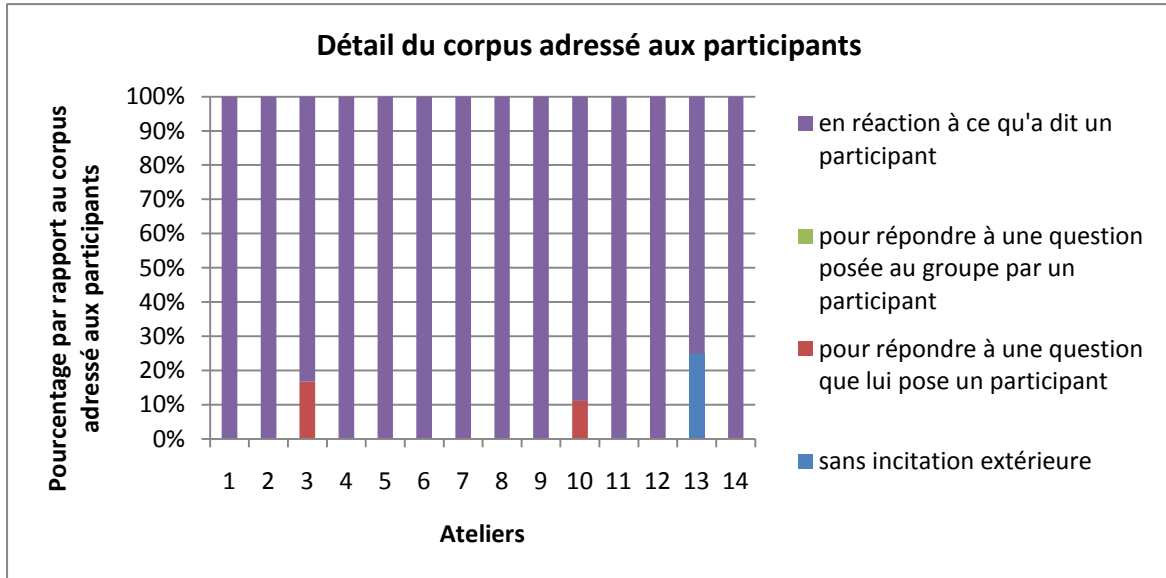


Tableau A5i

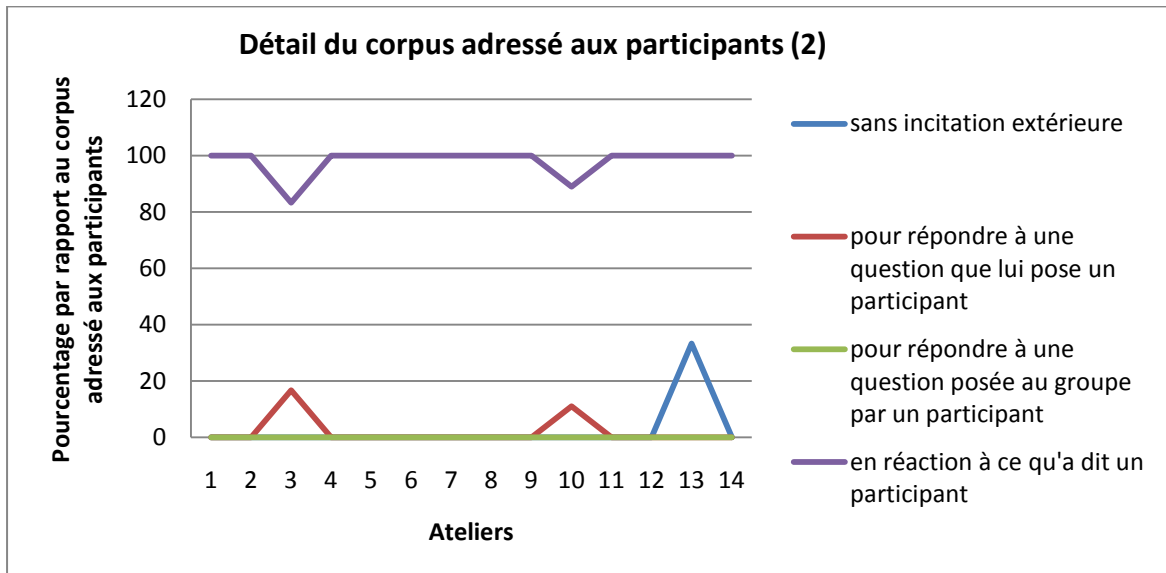


Tableau A6

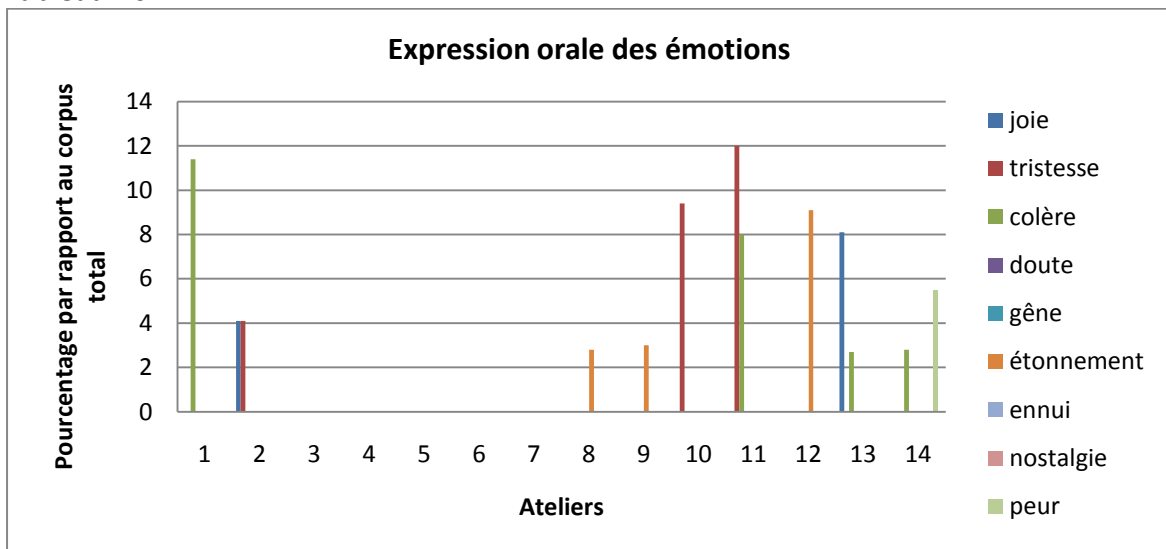


Tableau A6i

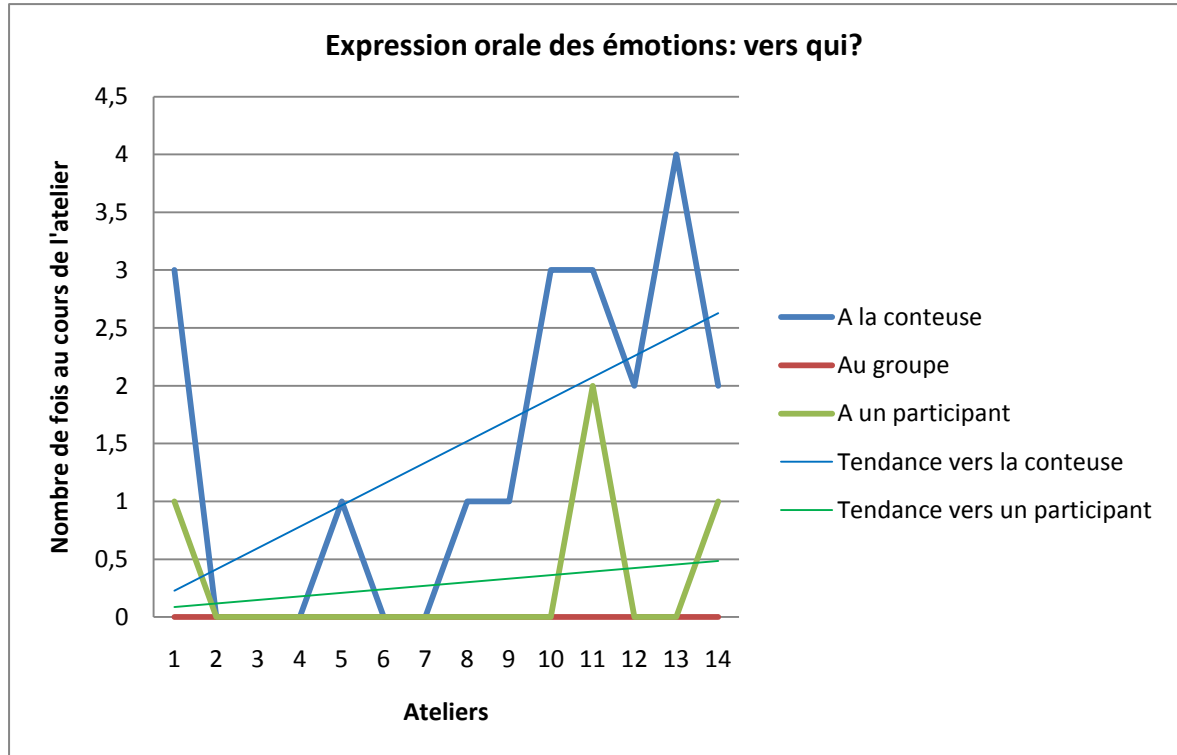


Tableau A7

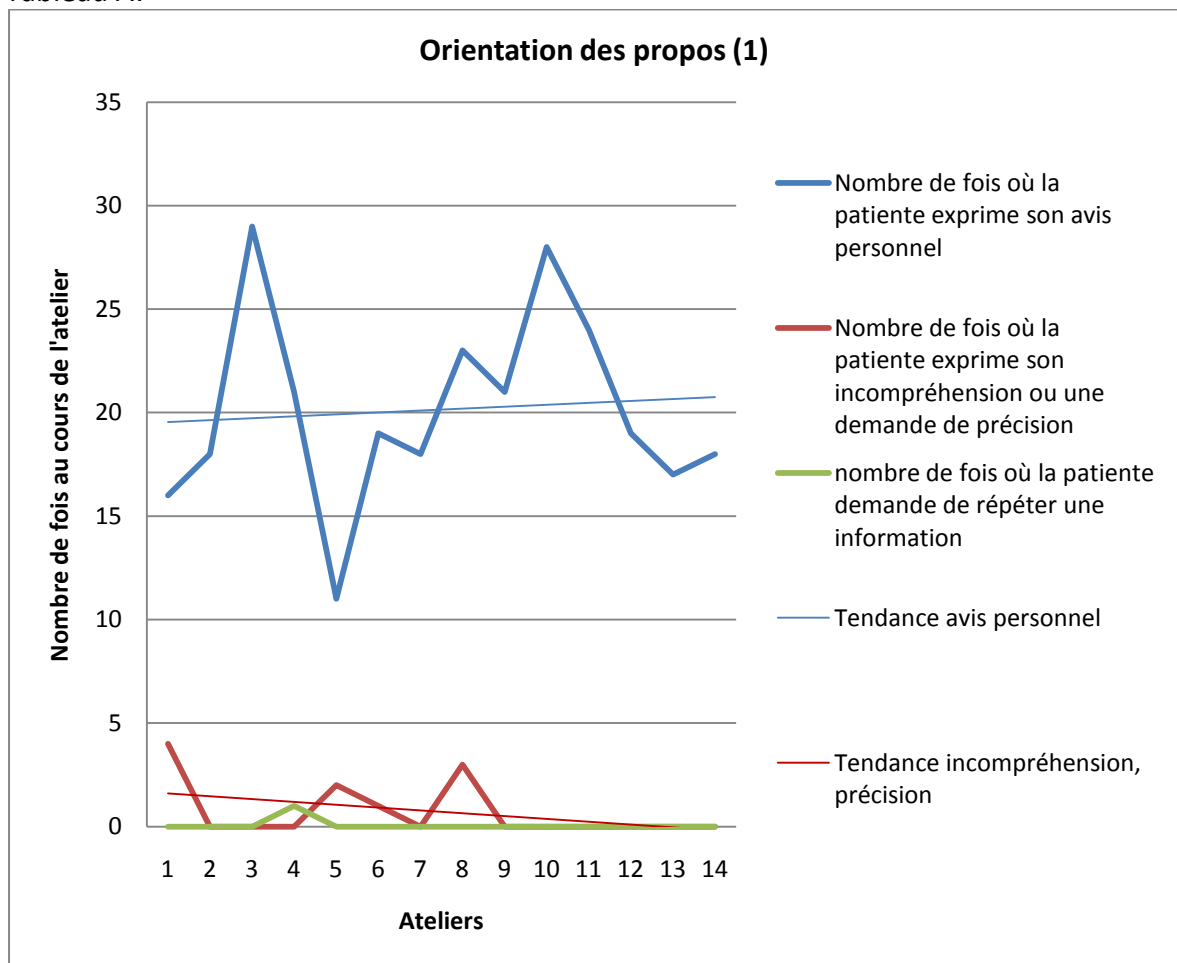


Tableau A7i

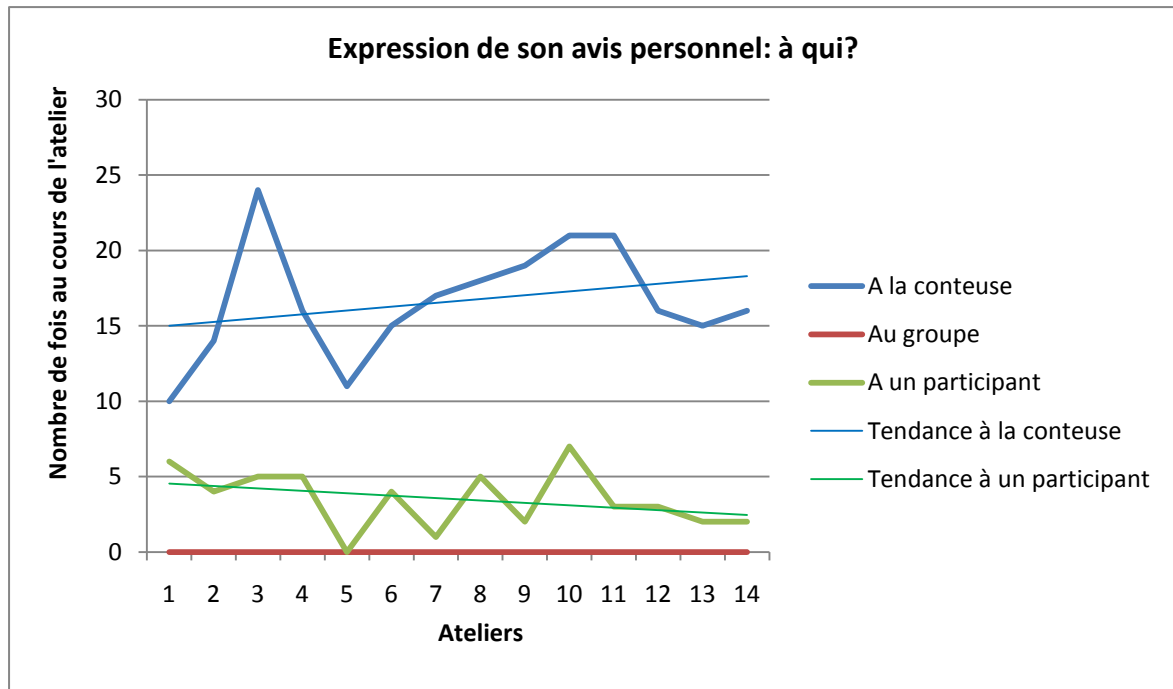


Tableau A7ii

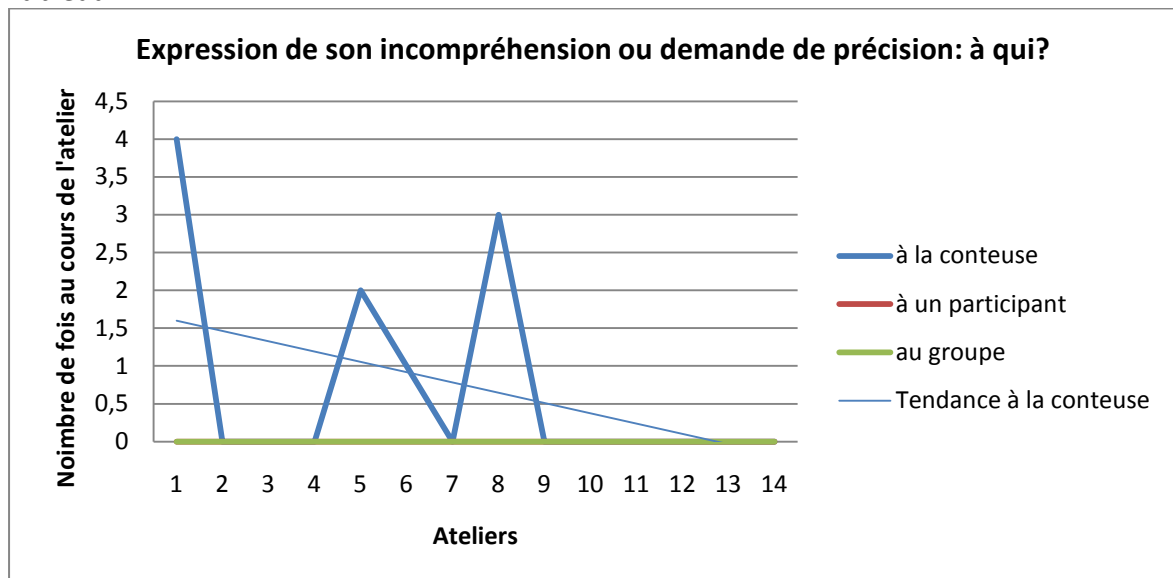


Tableau A7iii

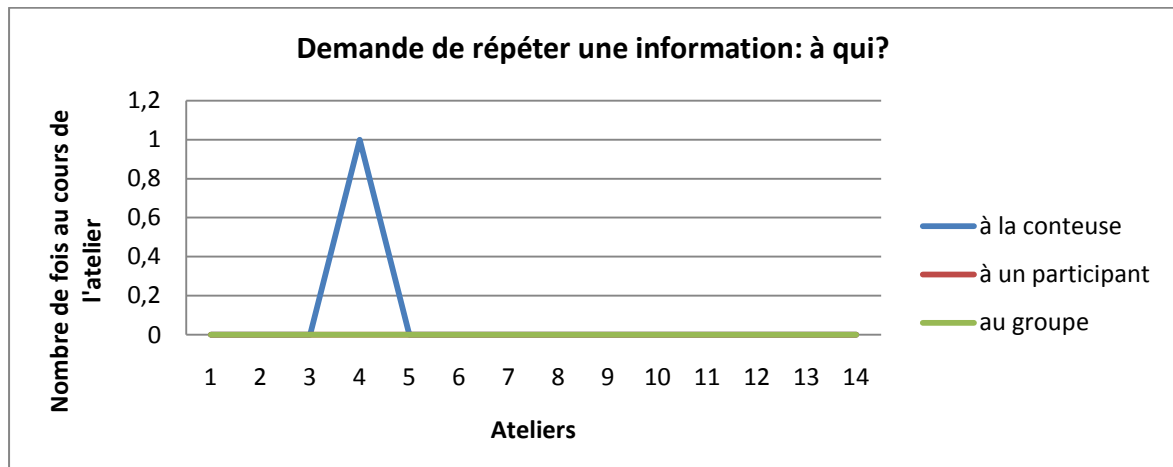


Tableau A8

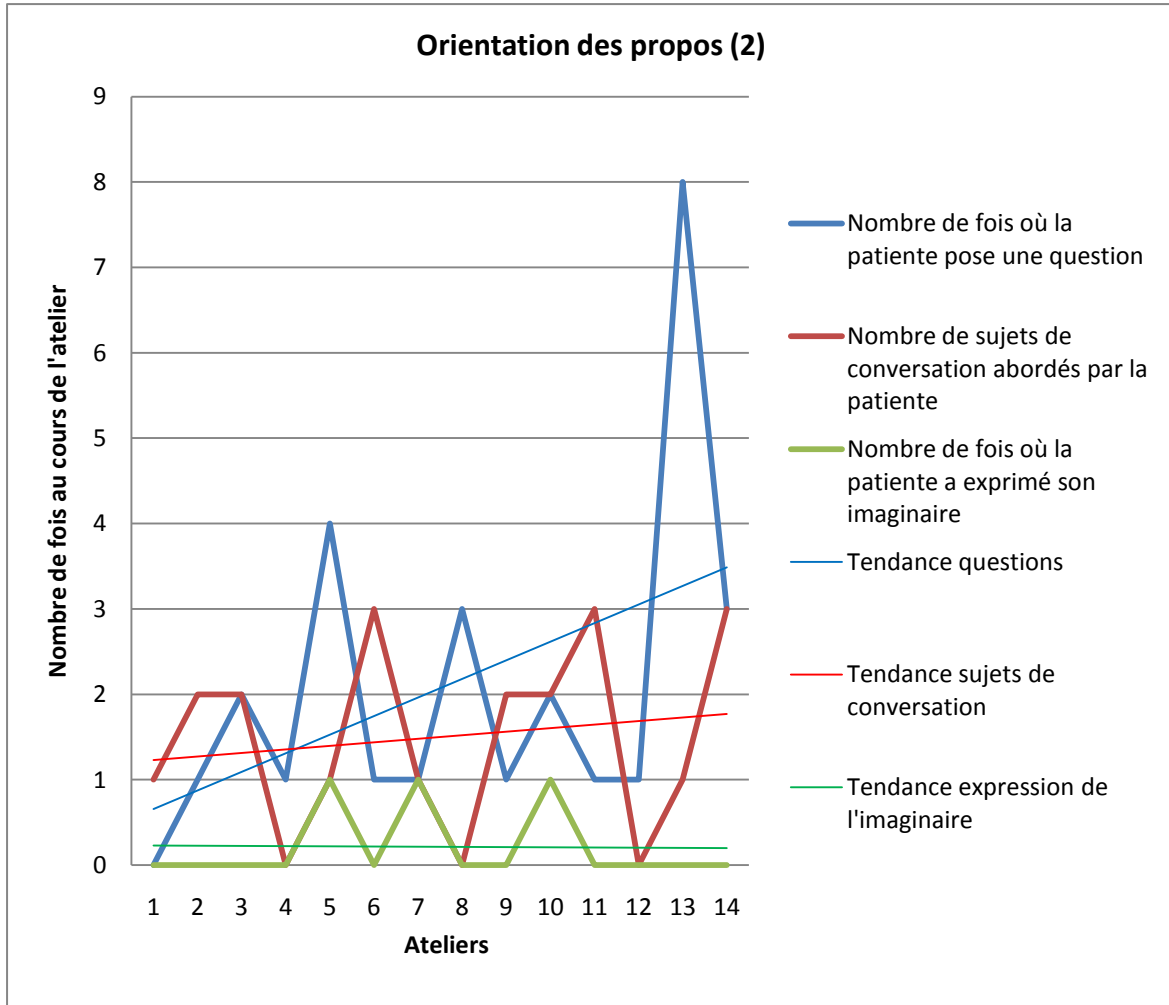


Tableau A8i



Tableau A8ii

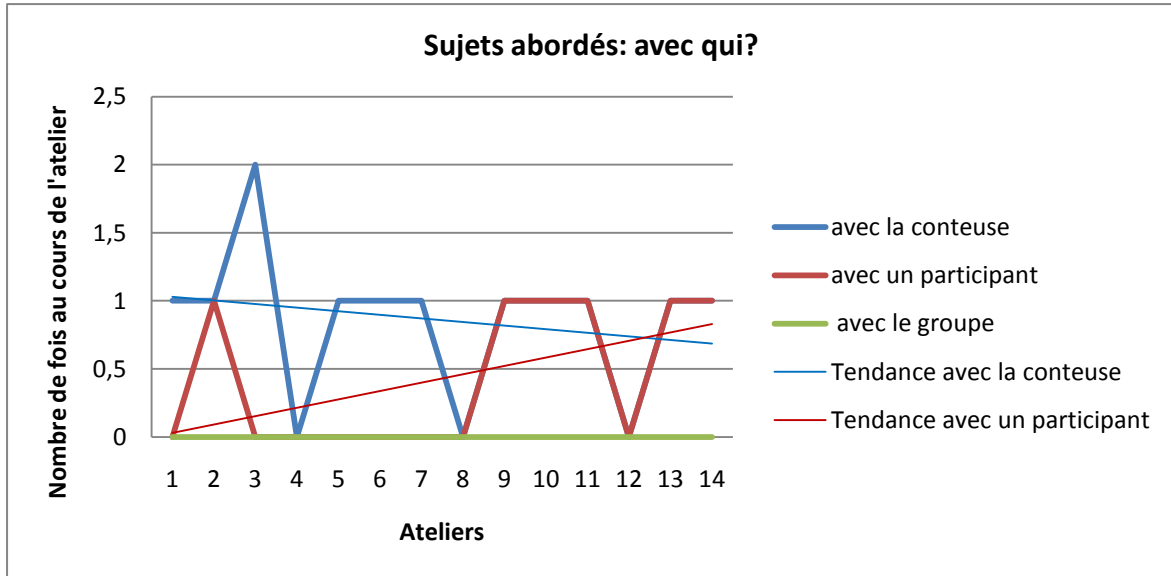


Tableau A9

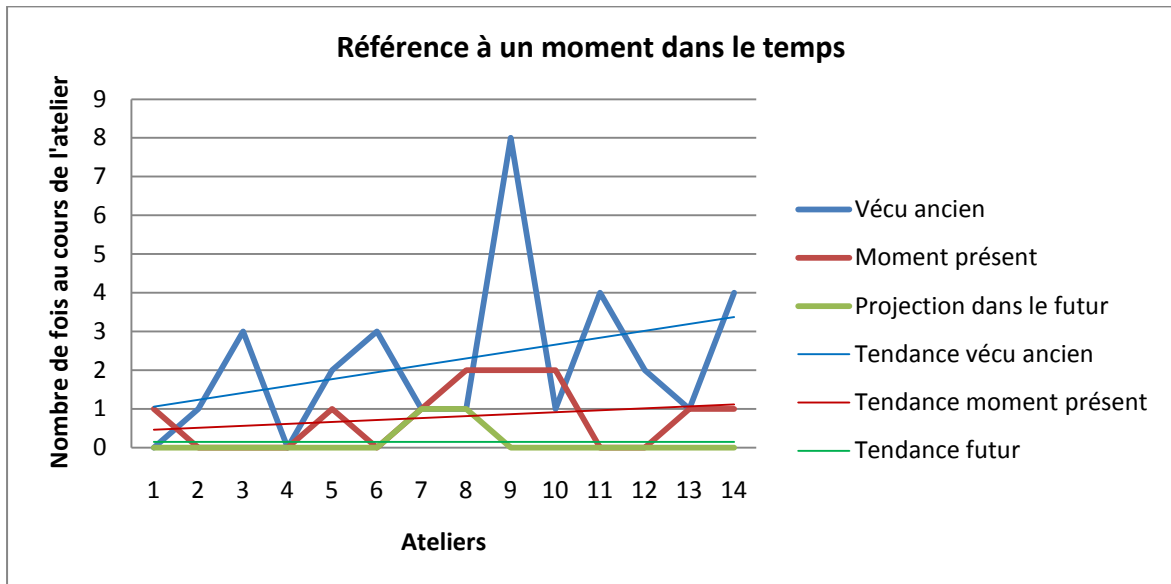


Tableau A9i

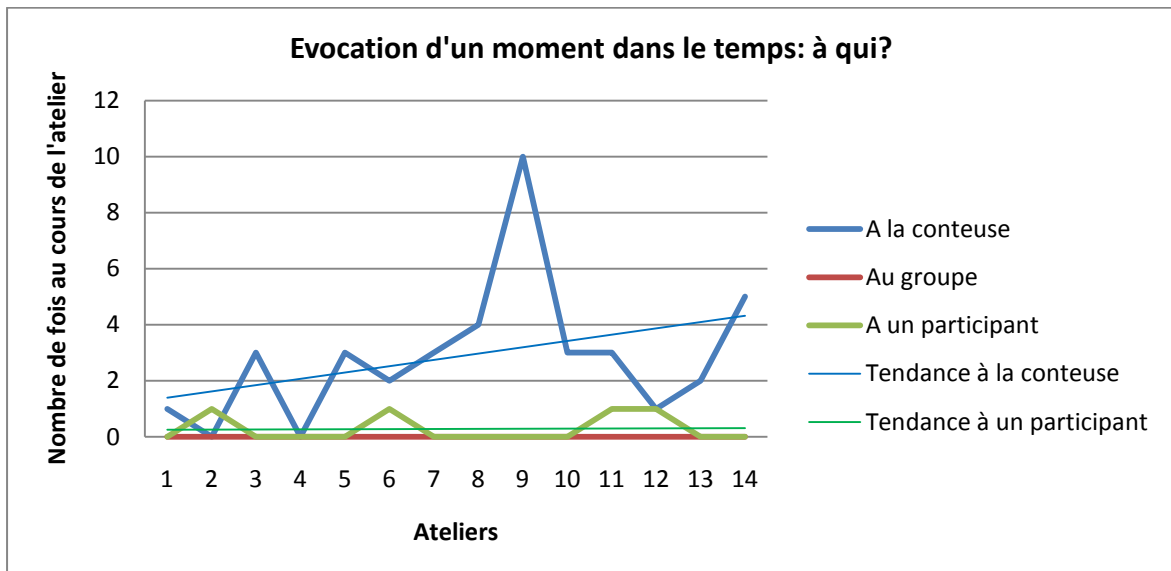


Tableau A10

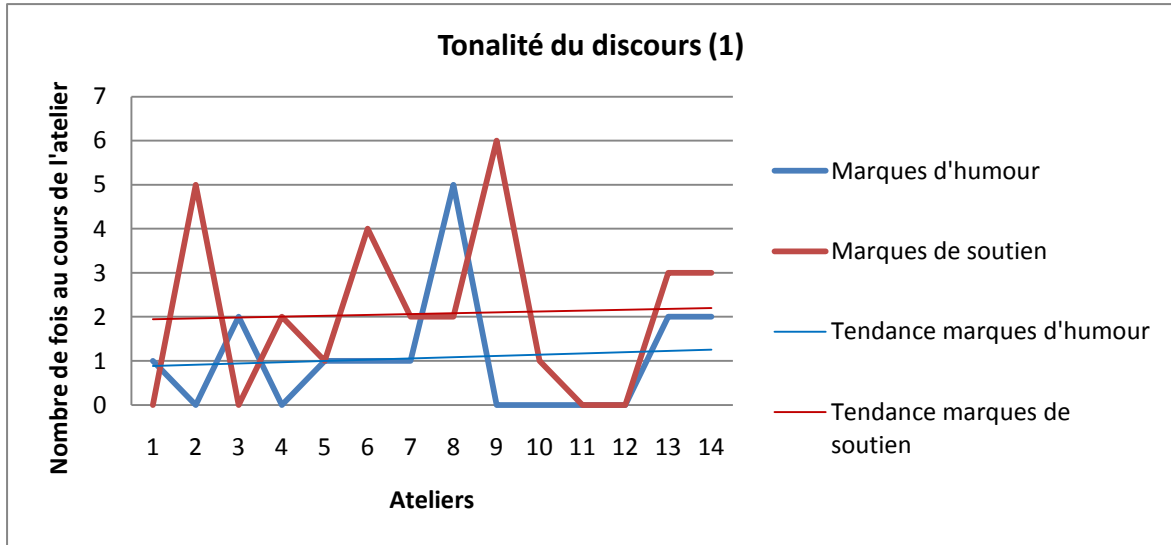


Tableau A10i

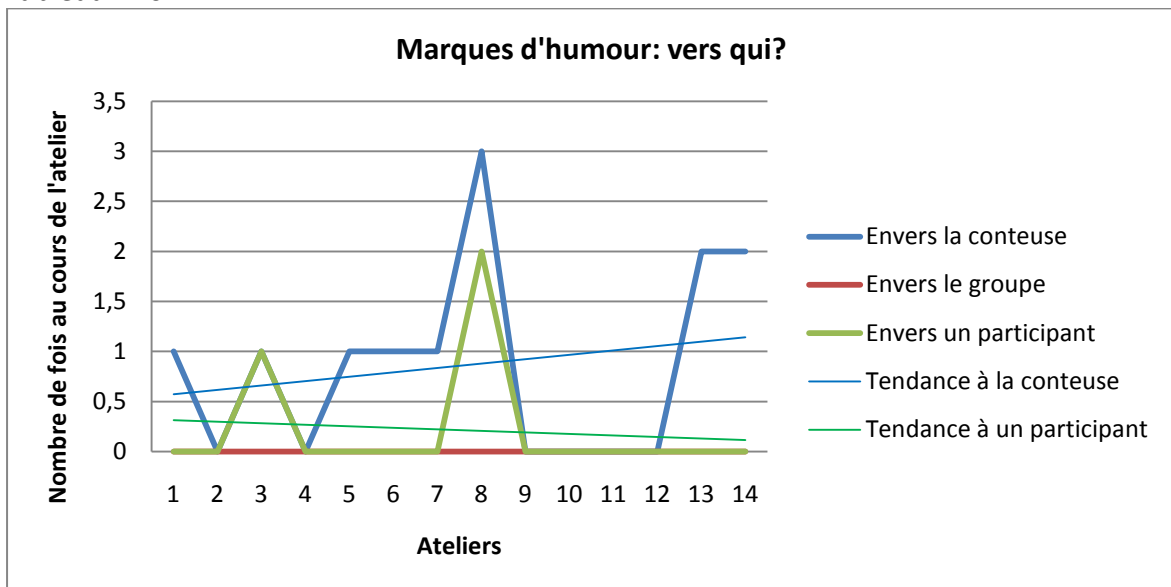


Tableau A10ii

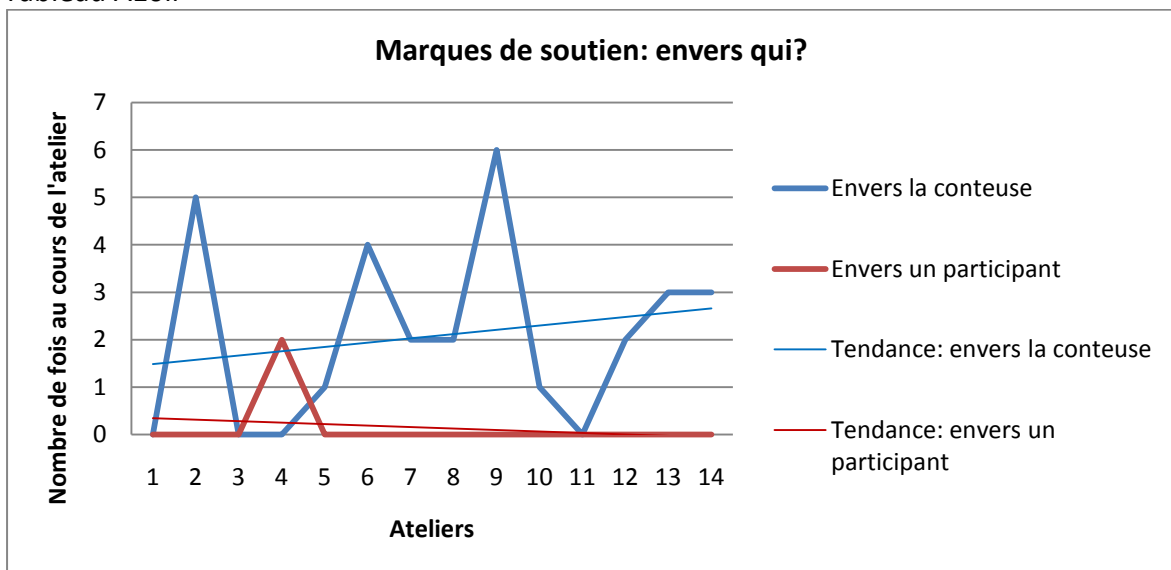


Tableau A11

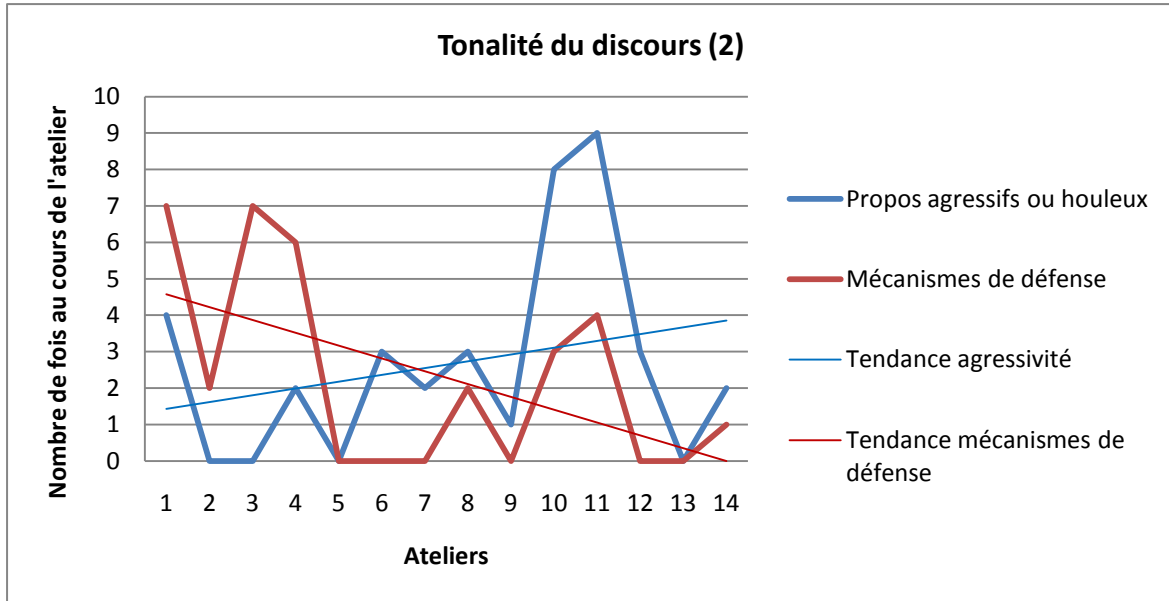


Tableau A11i

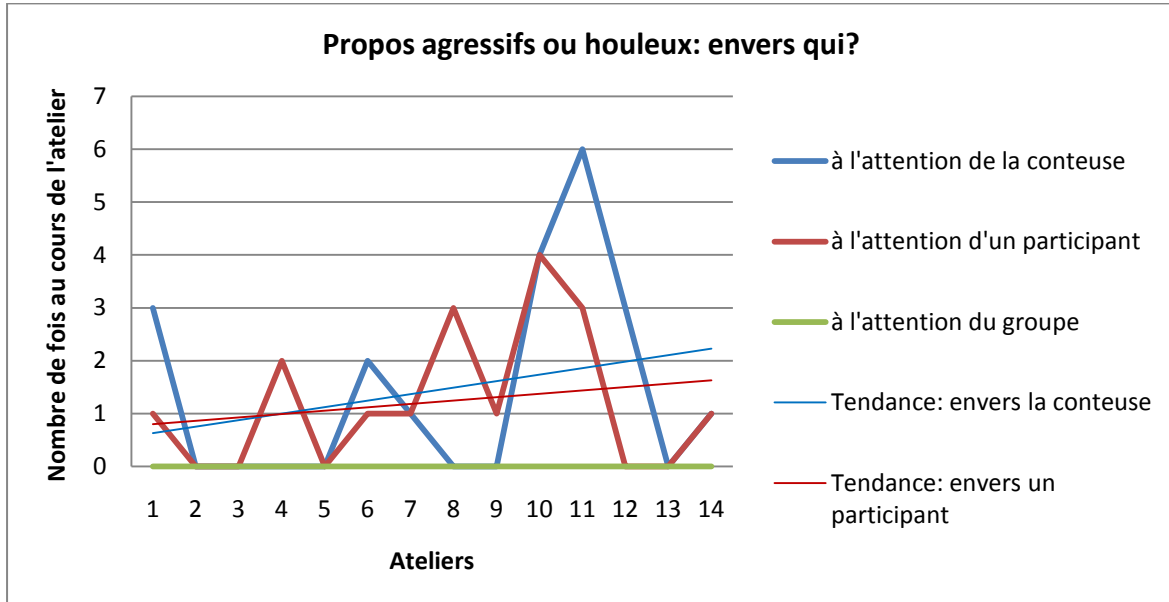


Tableau A11ii

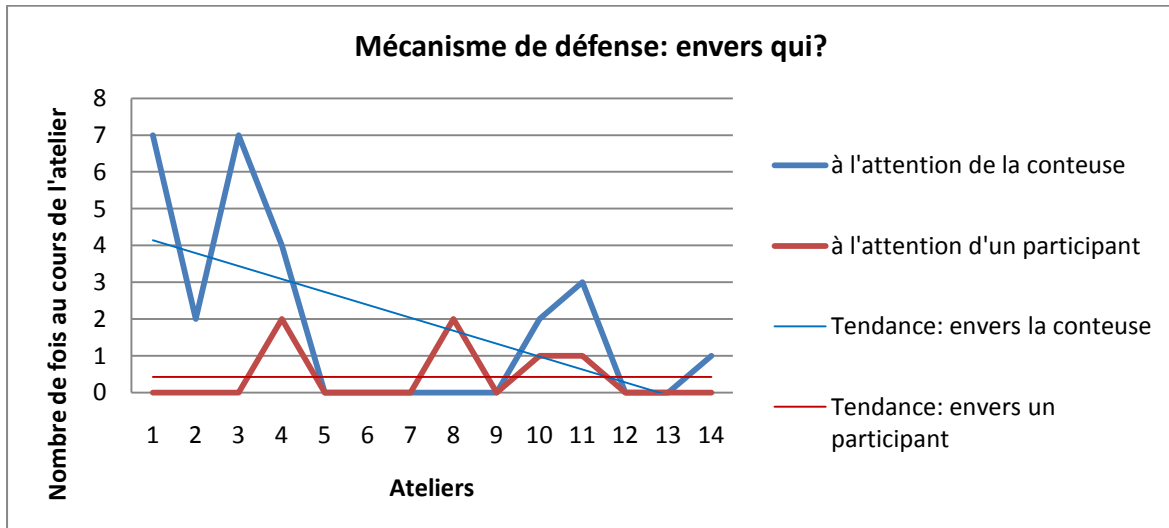


Tableau A12

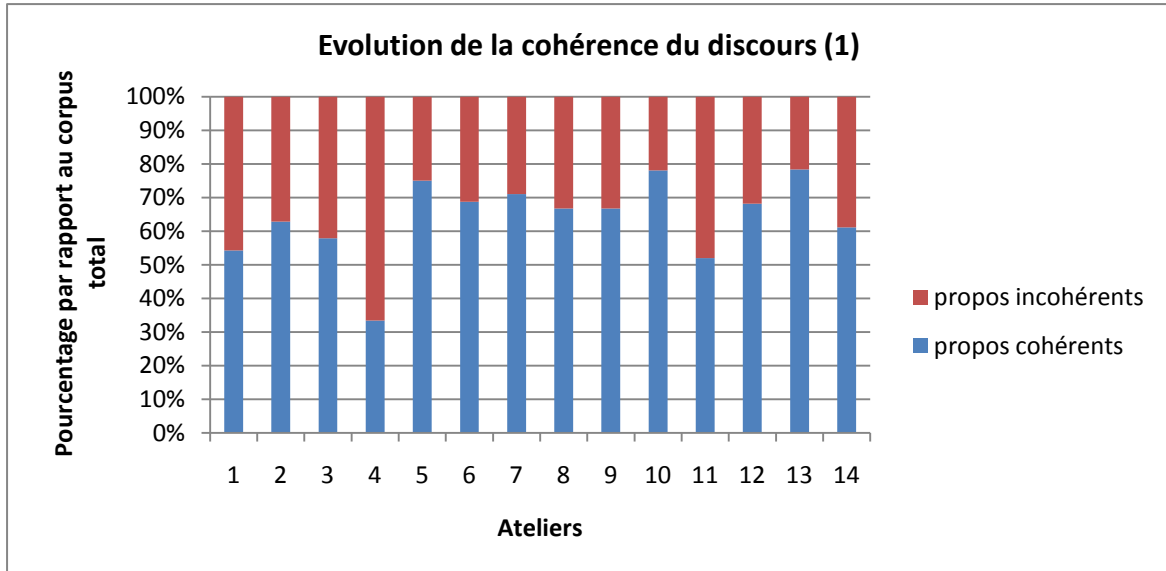


Tableau A12i

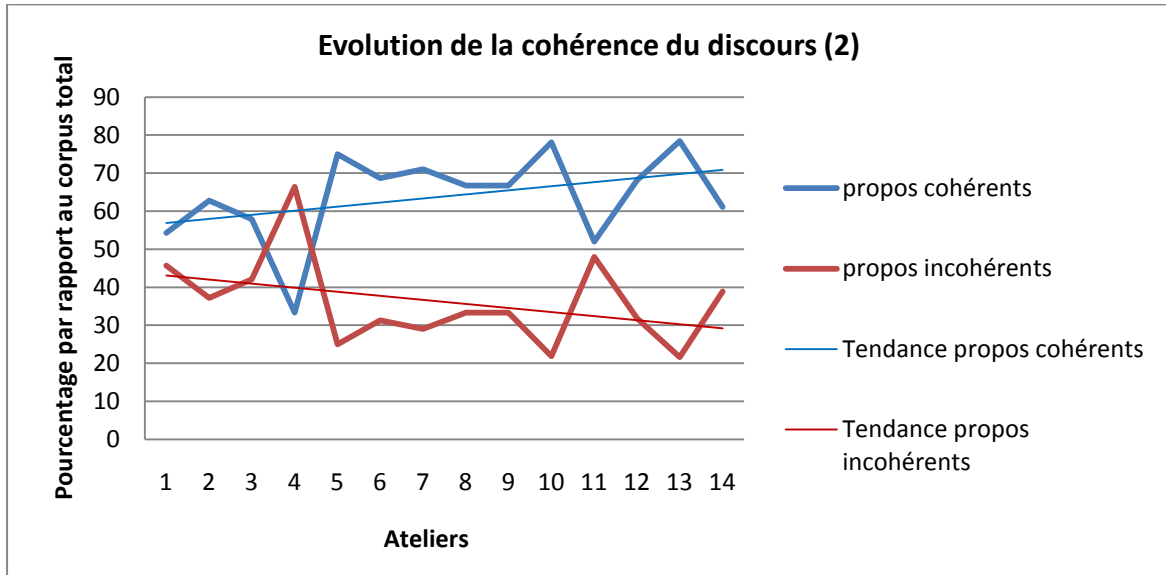


Tableau A13

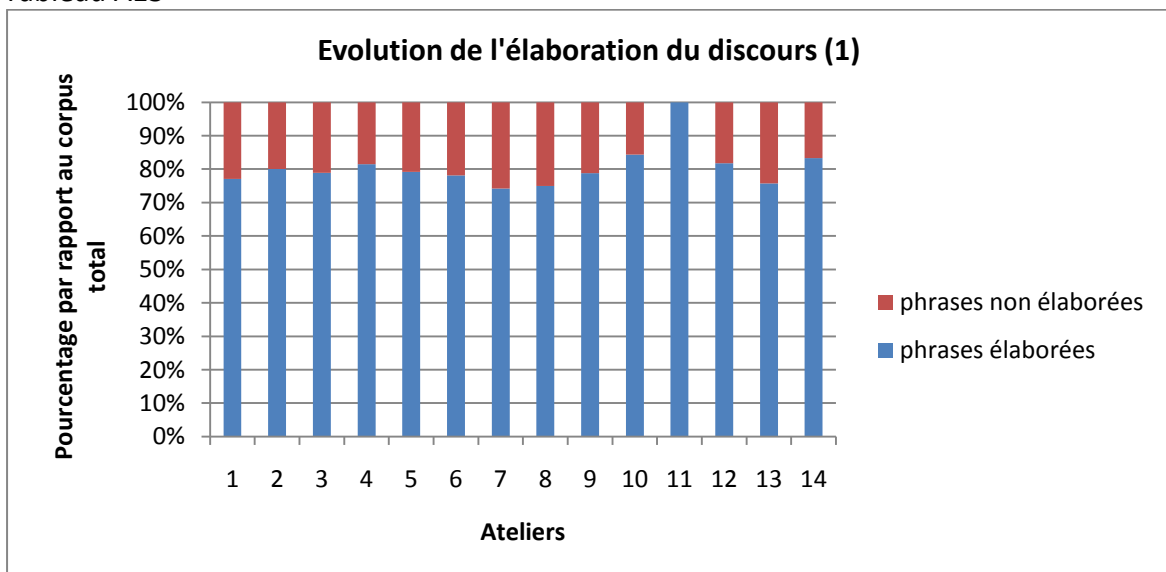


Tableau A13i

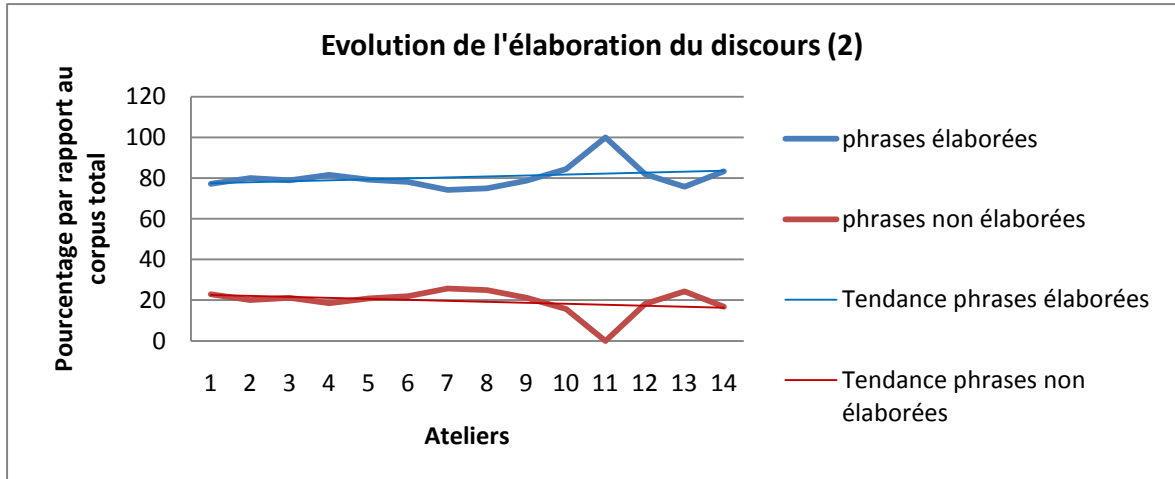


Tableau A14

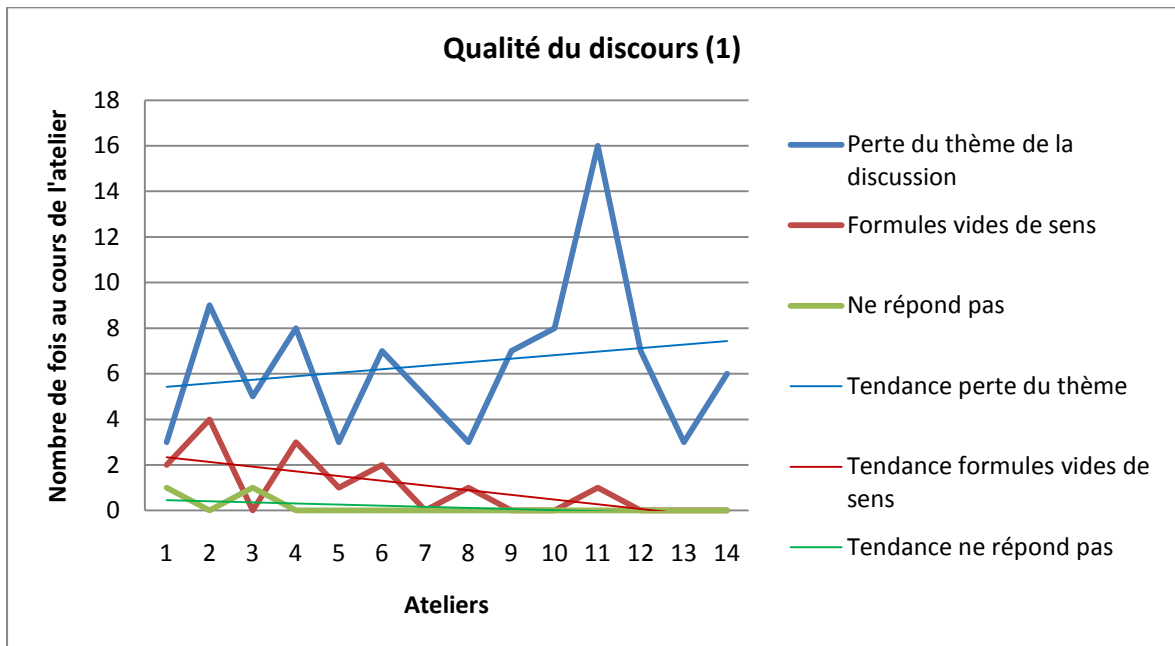
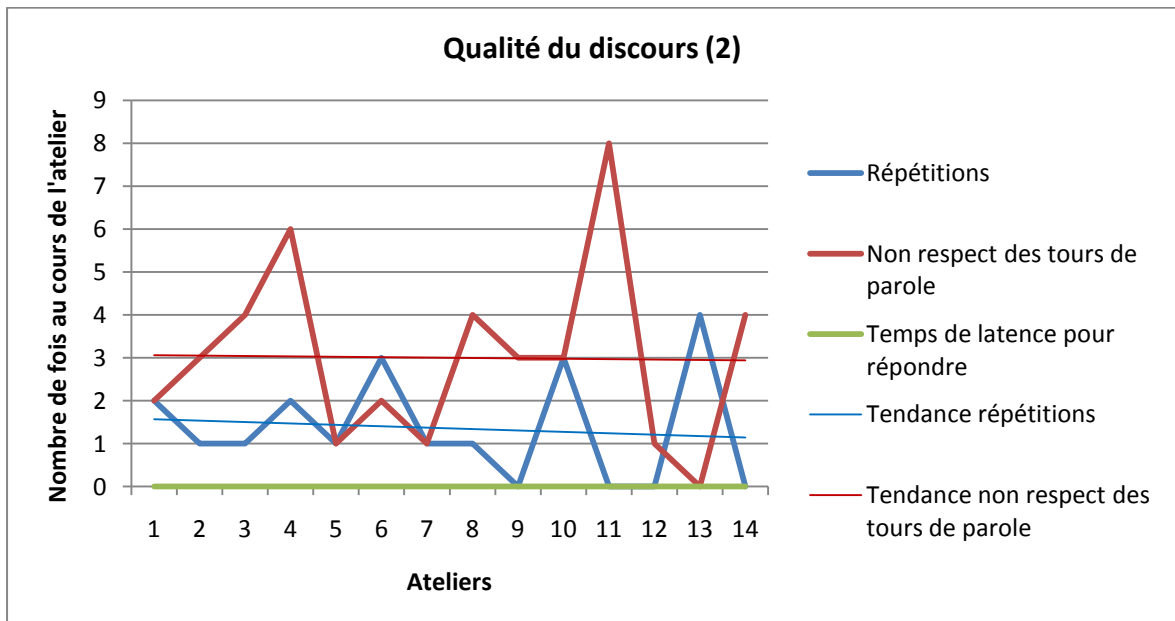


Tableau A14i



Résultats Mme Mau.

Tableau B1

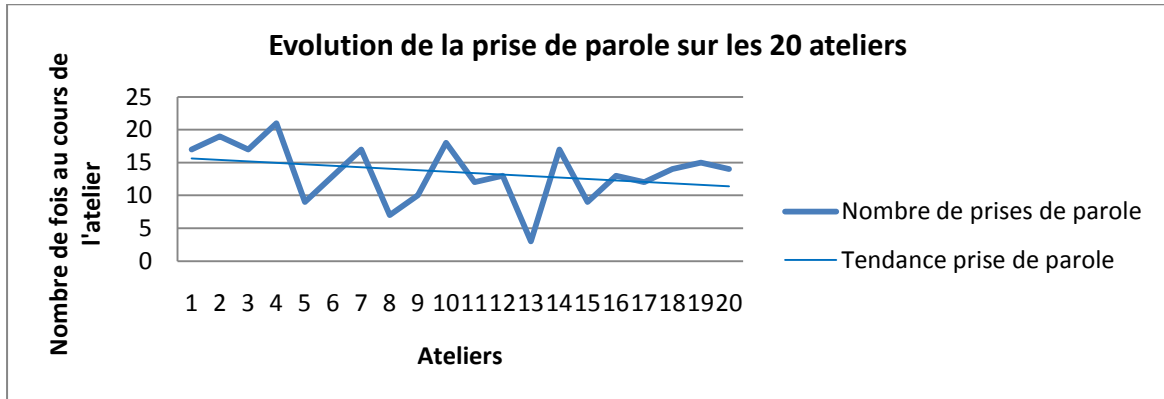


Tableau B2

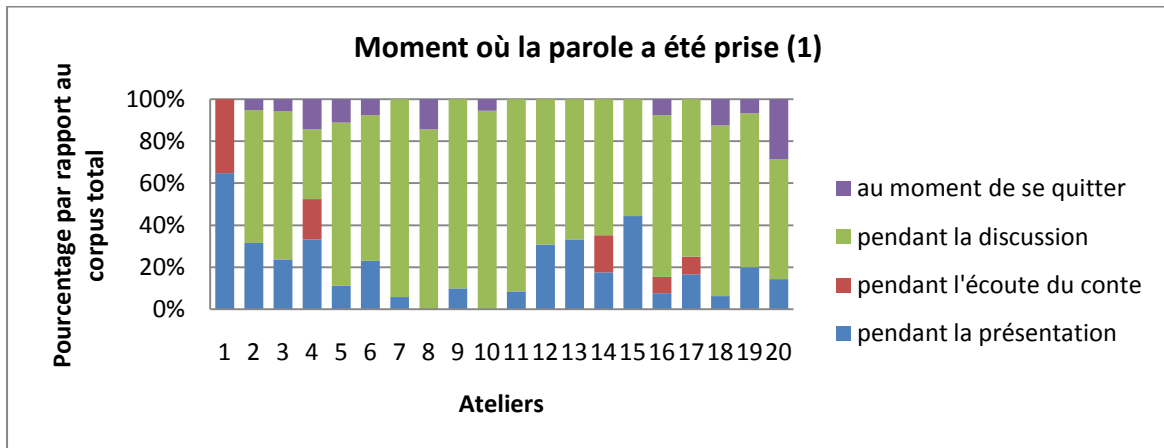


Tableau B2i

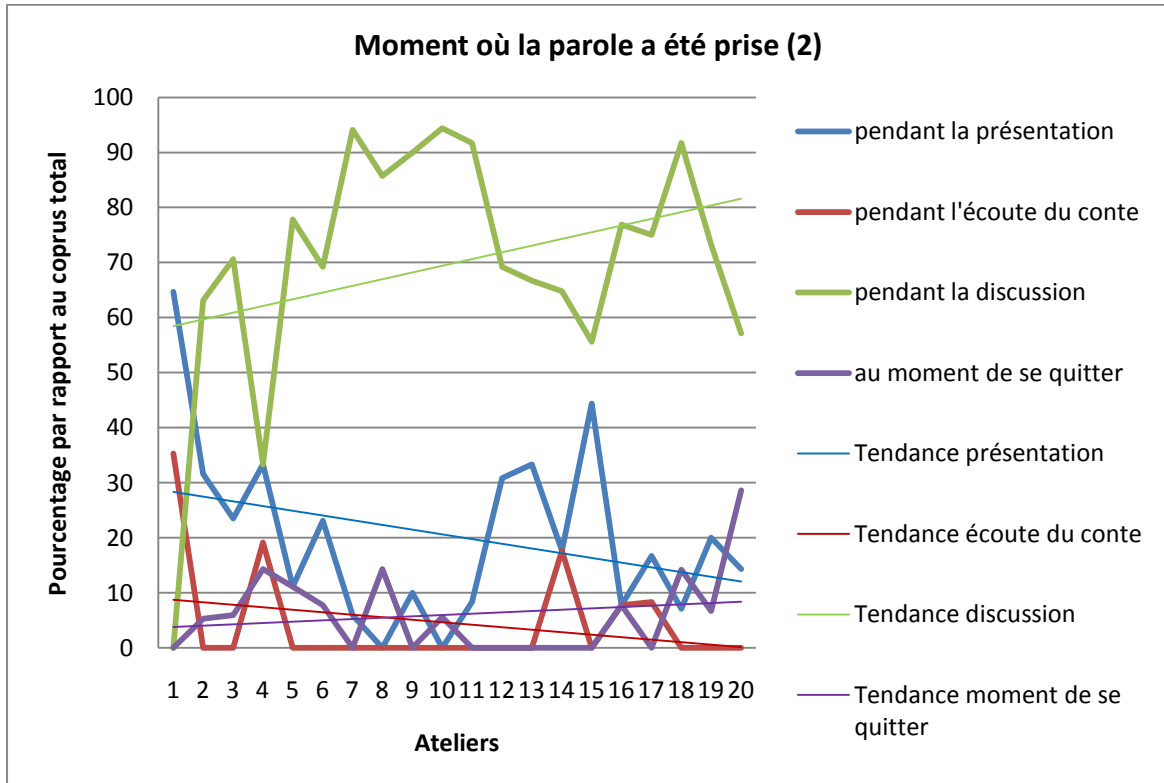


Tableau B3

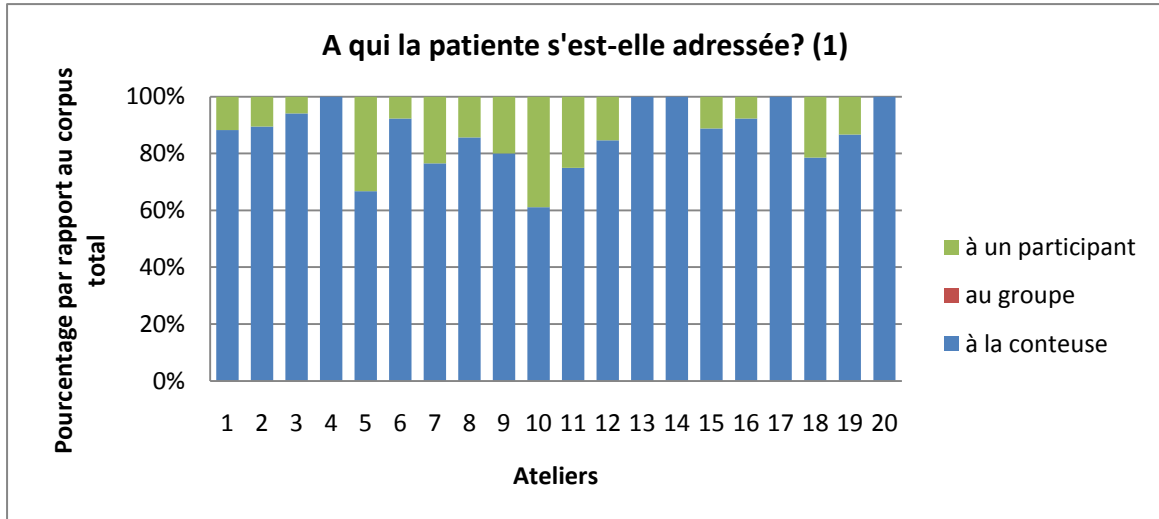


Tableau B3i

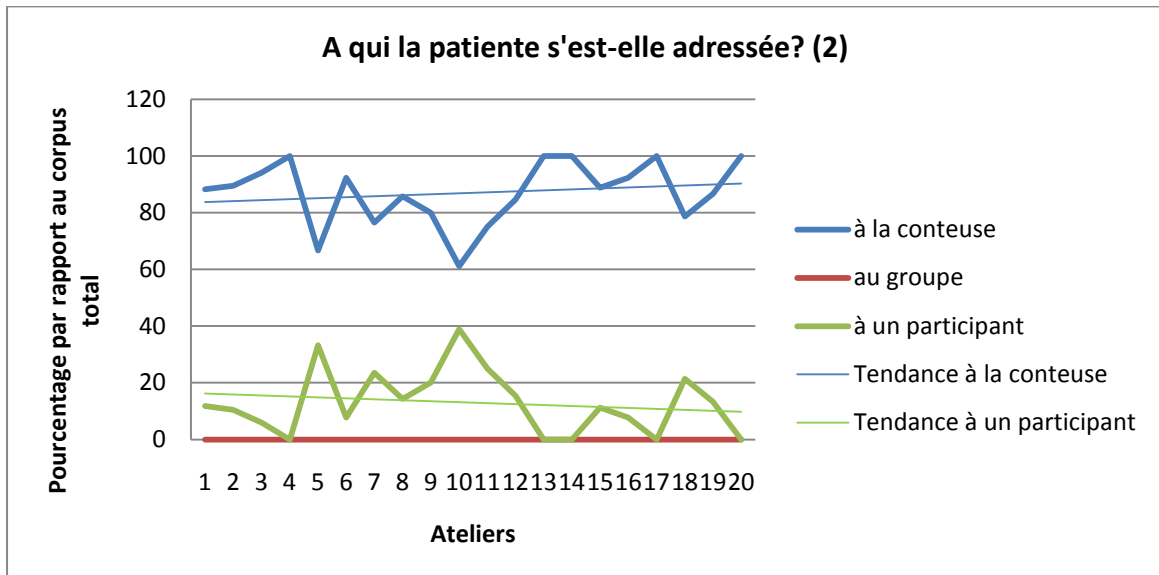


Tableau B4

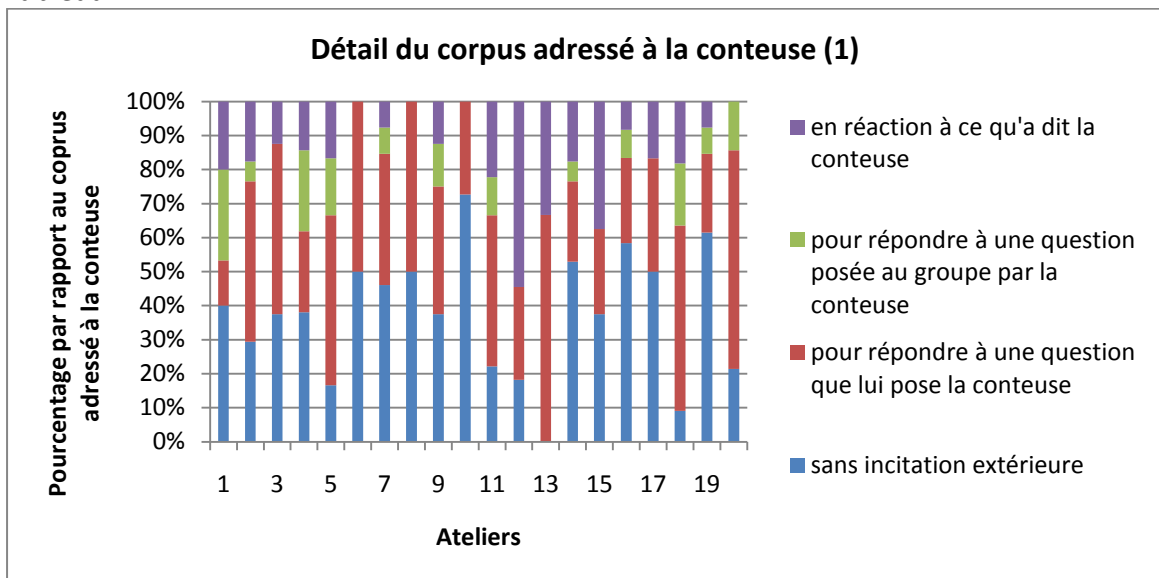


Tableau B4i

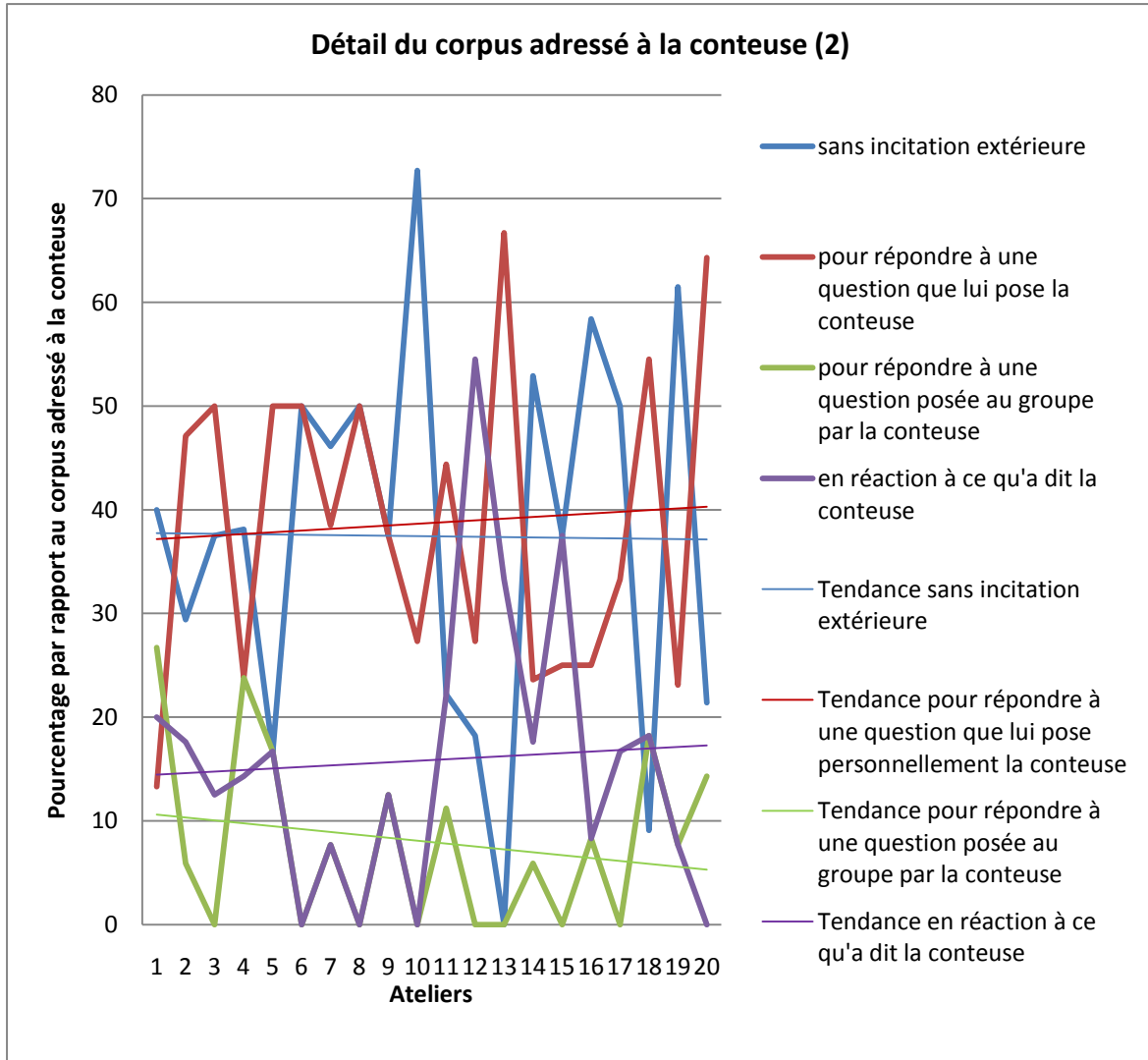


Tableau B5

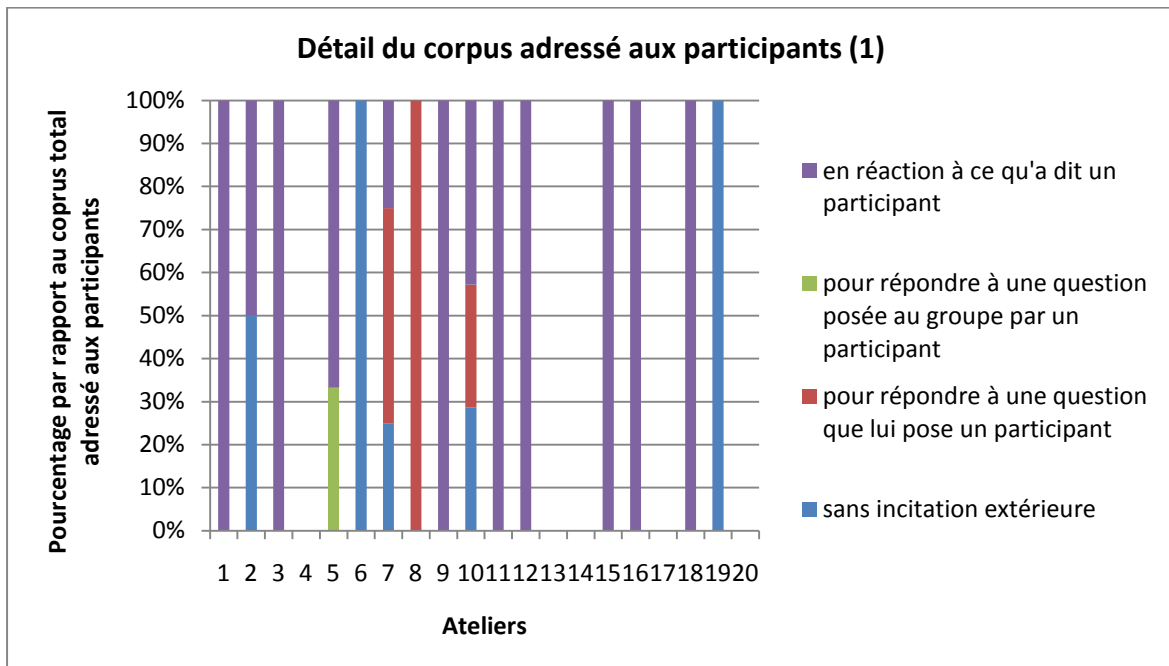


Tableau B5i

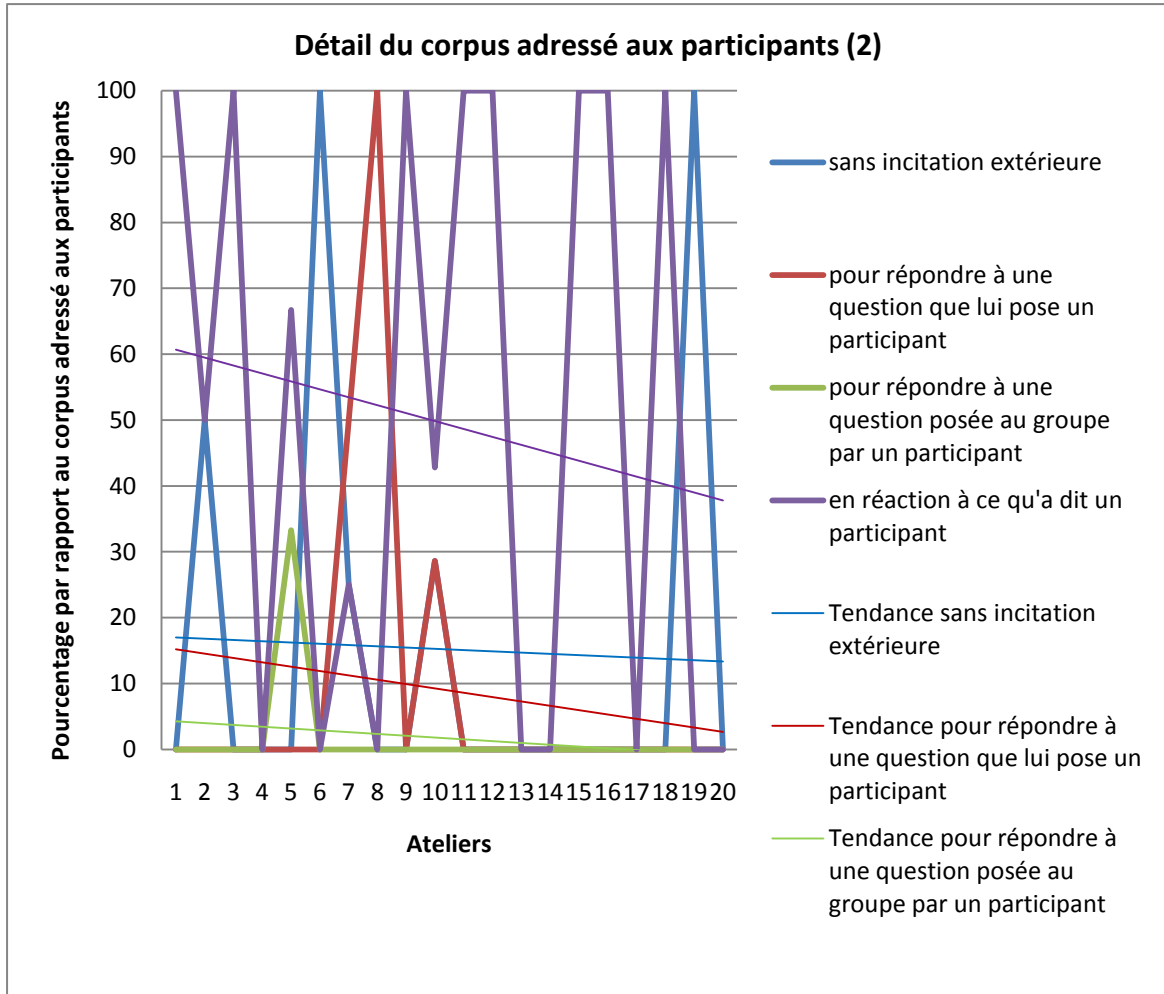


Tableau B6

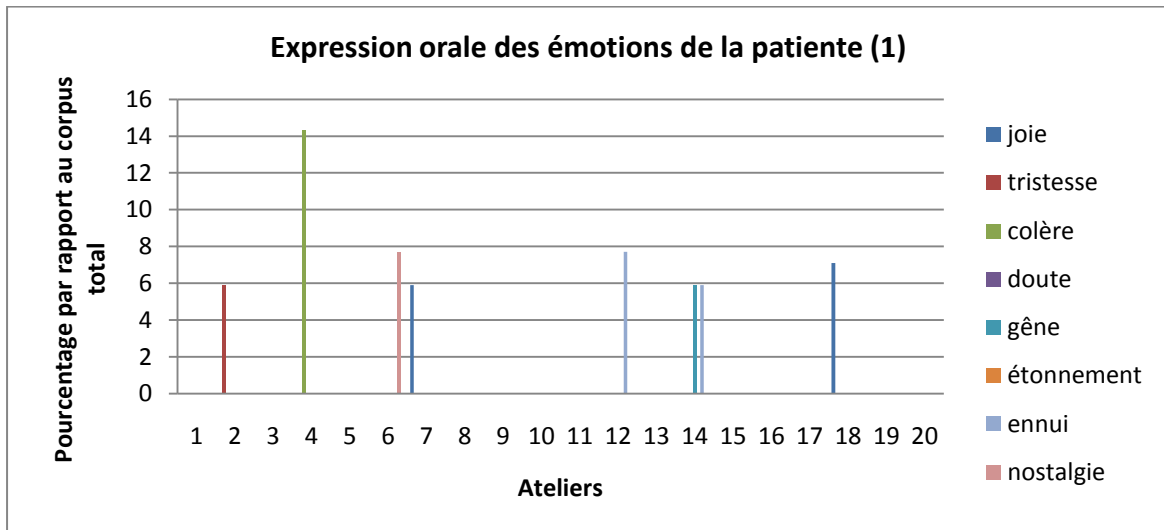


Tableau B6i

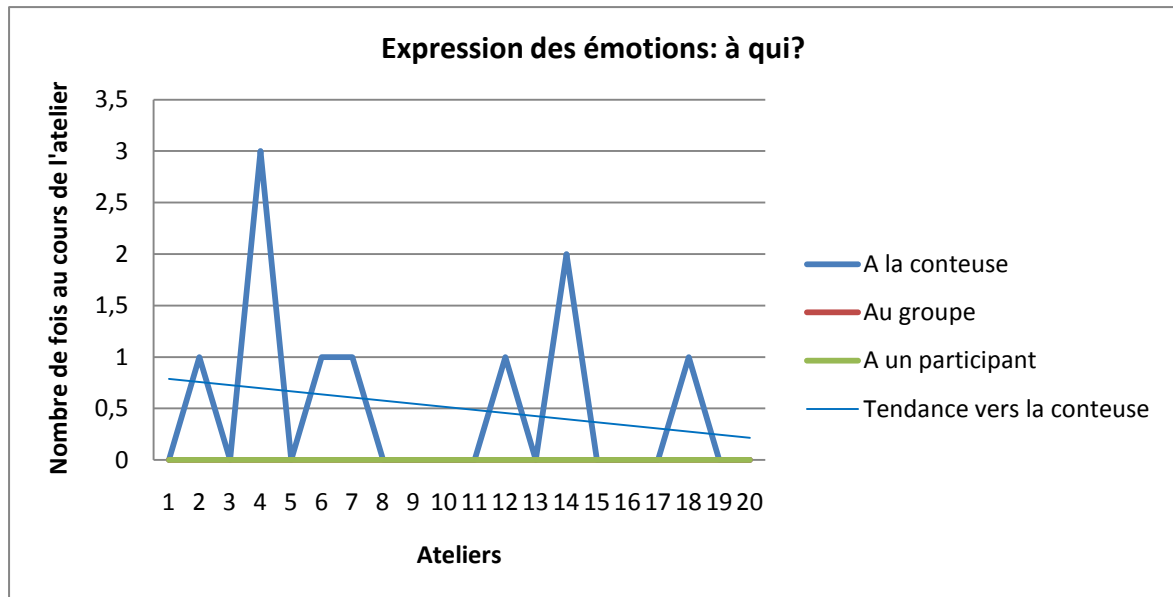


Tableau B7

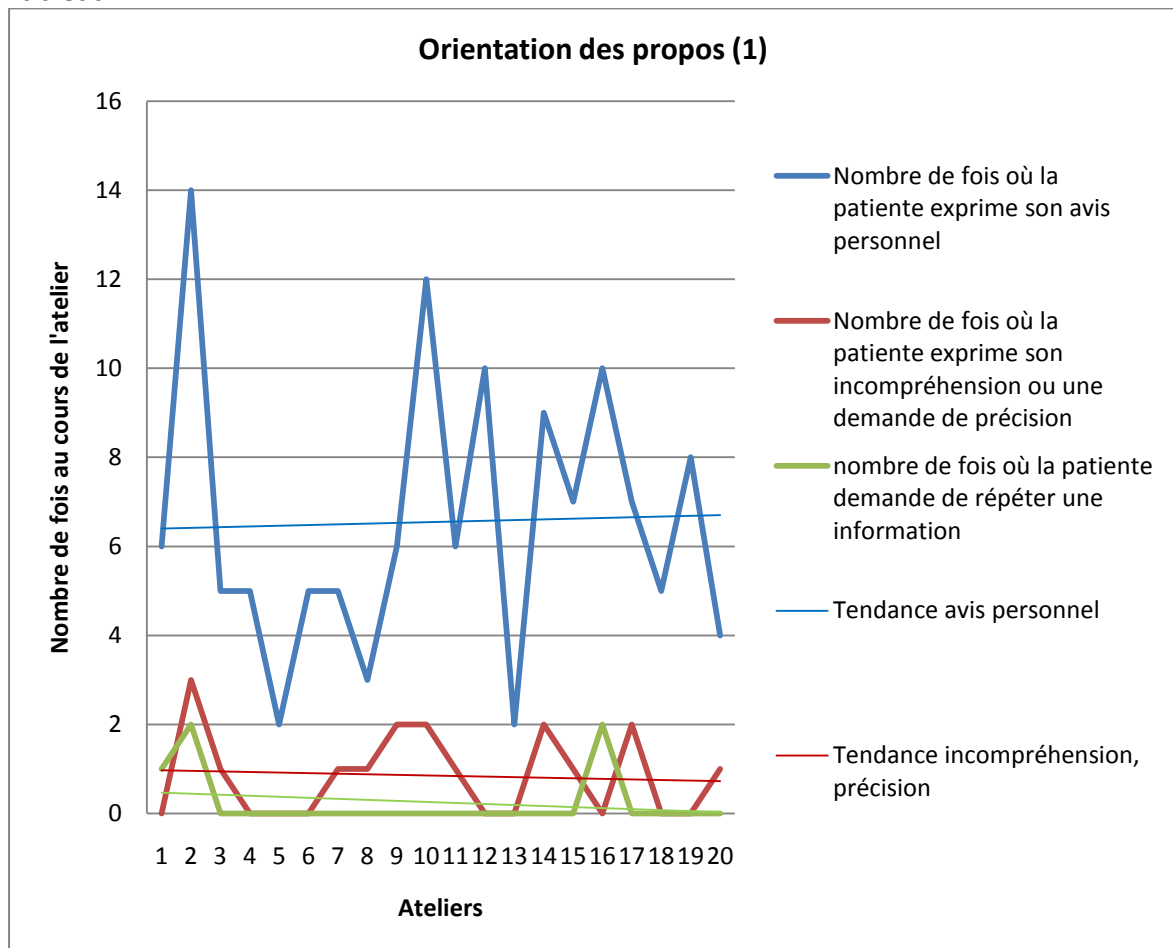


Tableau B7i

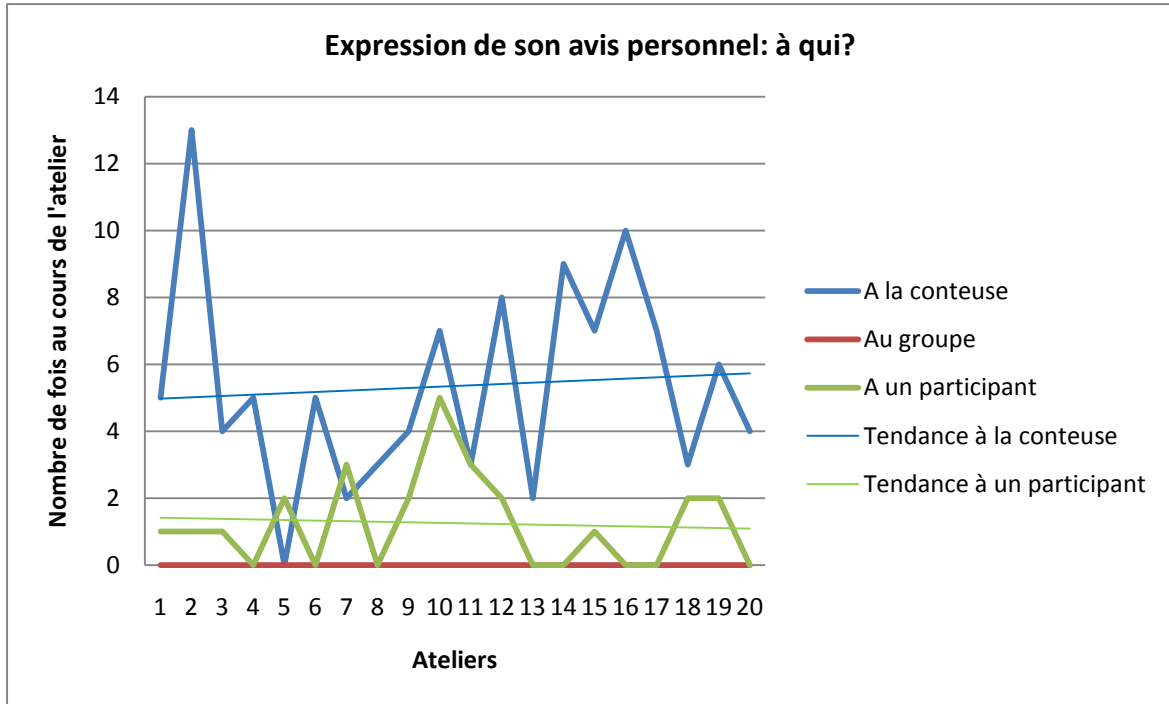


Tableau B7ii

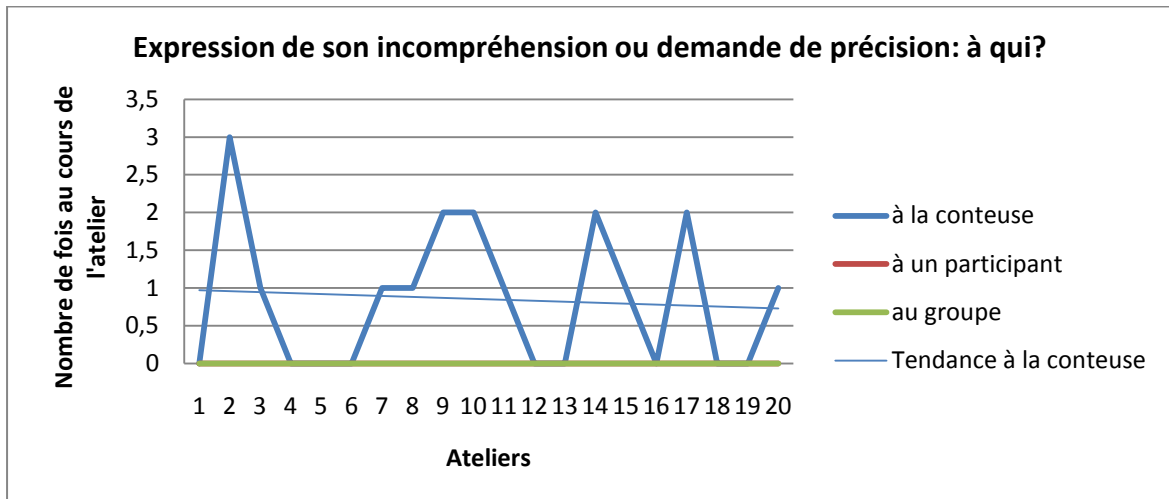


Tableau B7iii

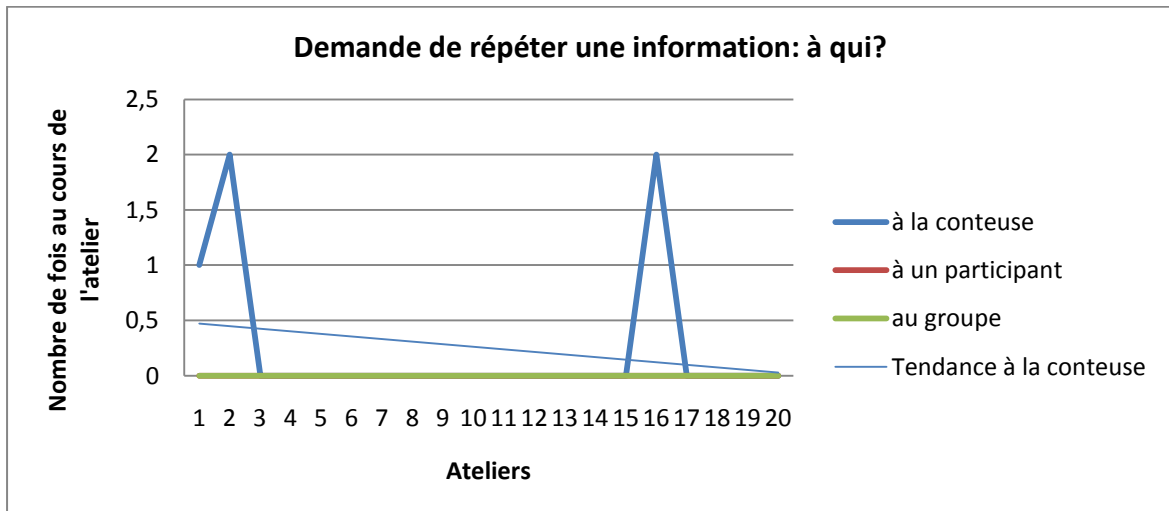


Tableau B8

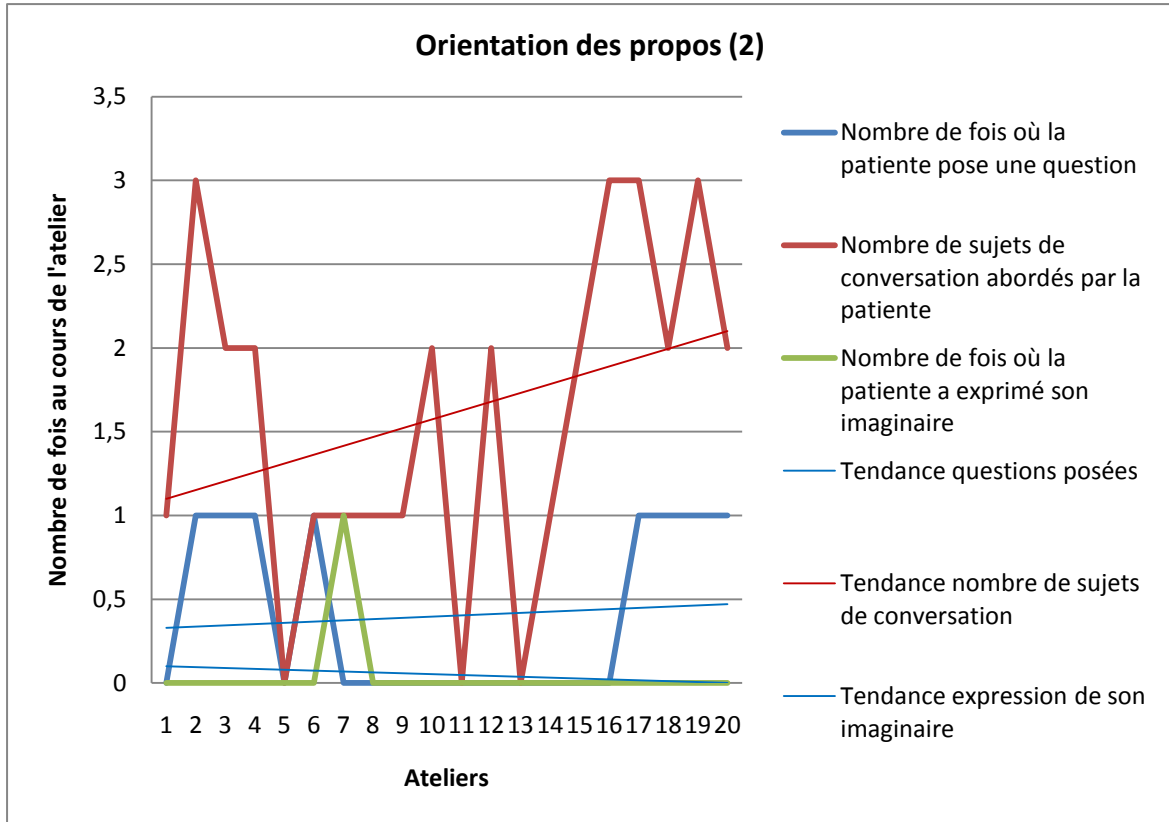


Tableau B8i

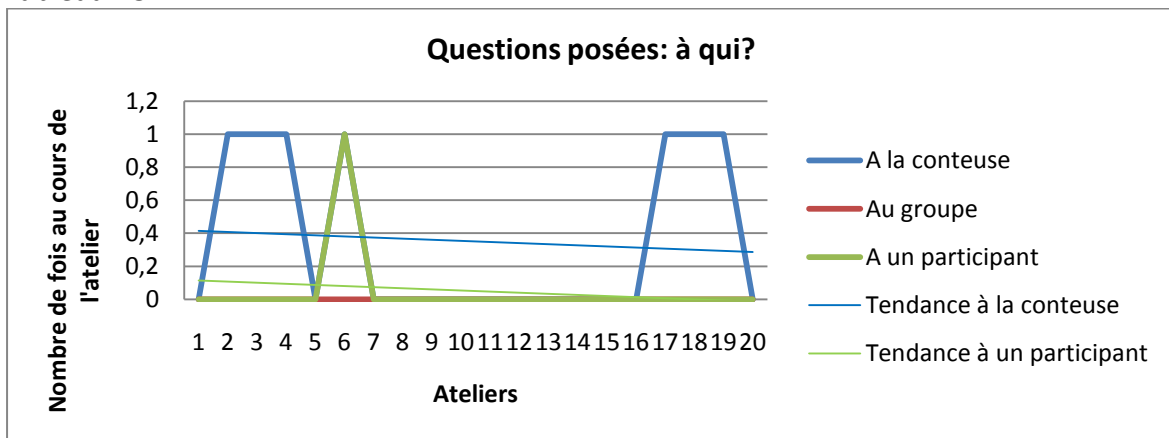


Tableau B8ii

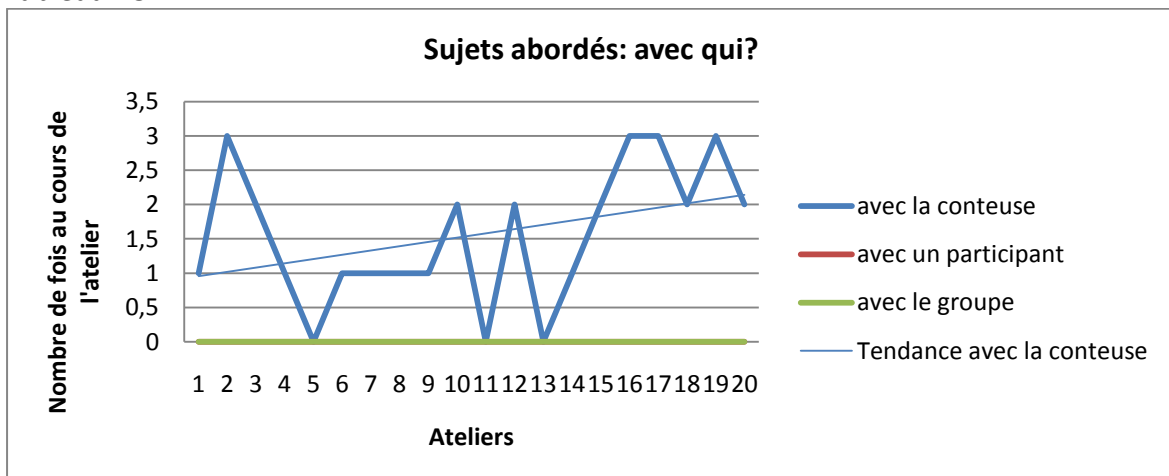


Tableau B9

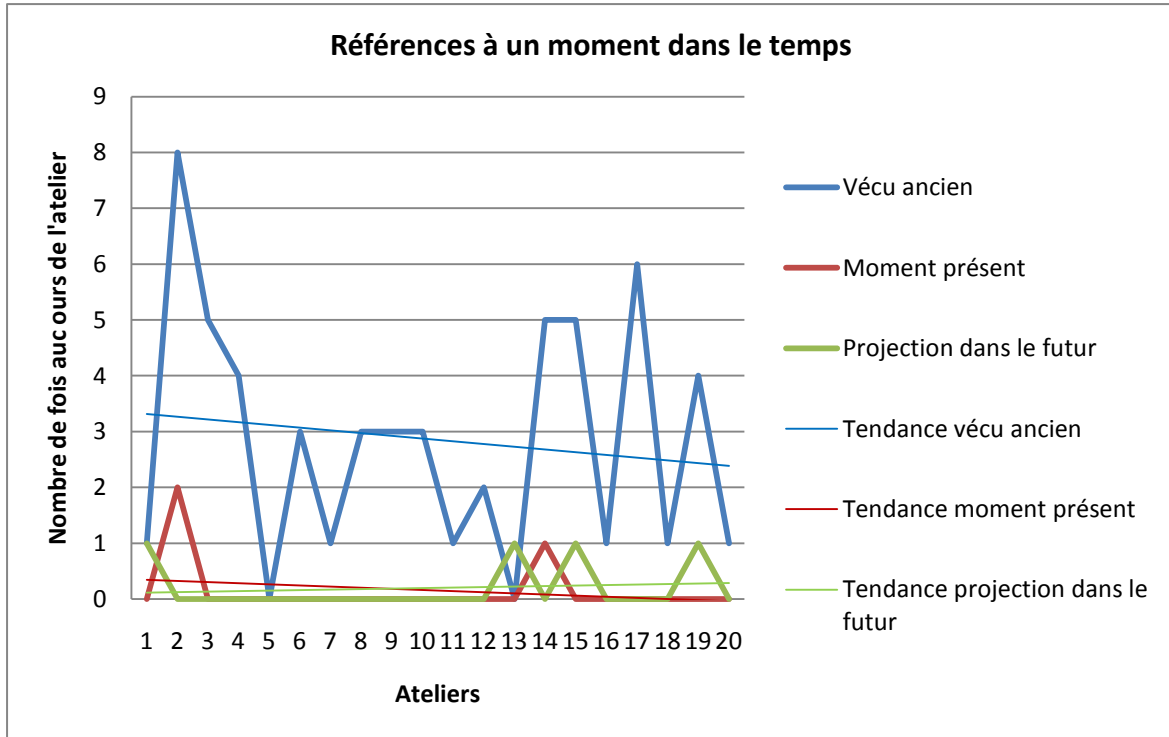


Tableau B9i

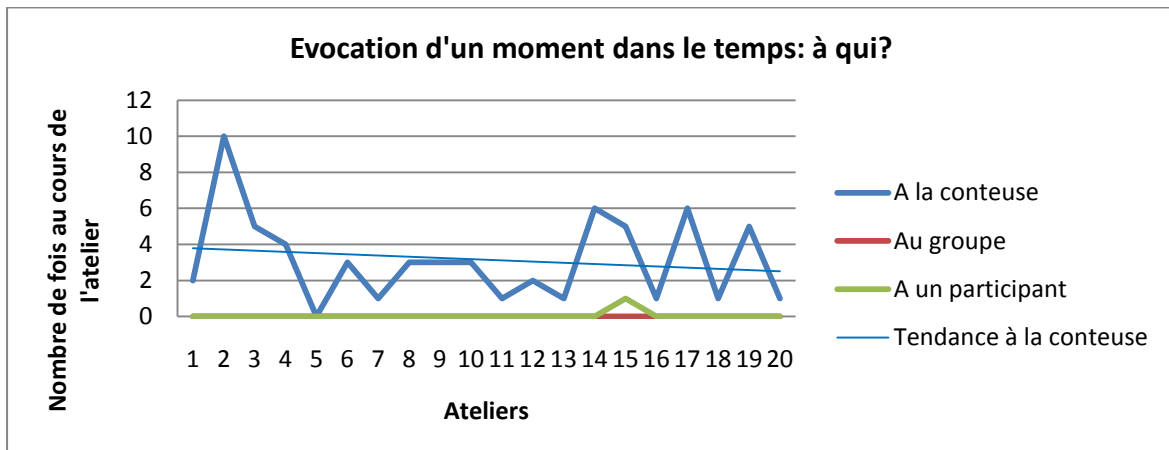


Tableau B10

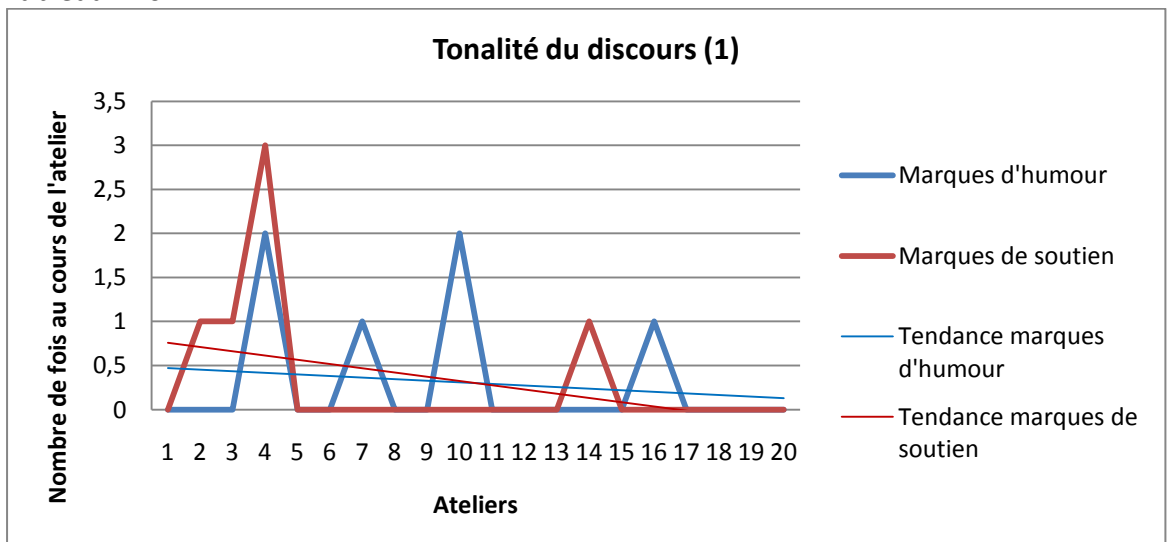


Tableau B10i

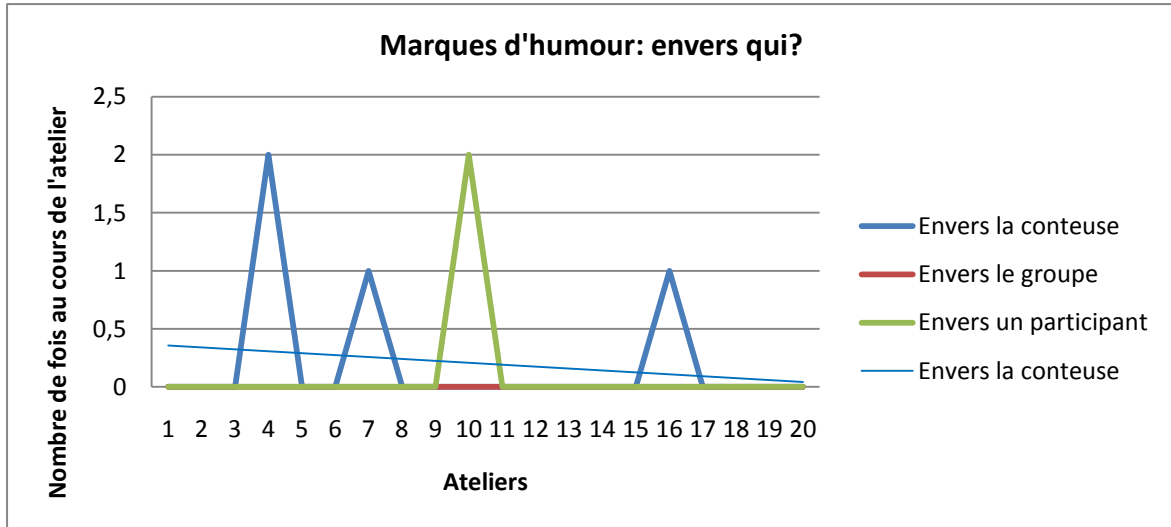


Tableau B10ii

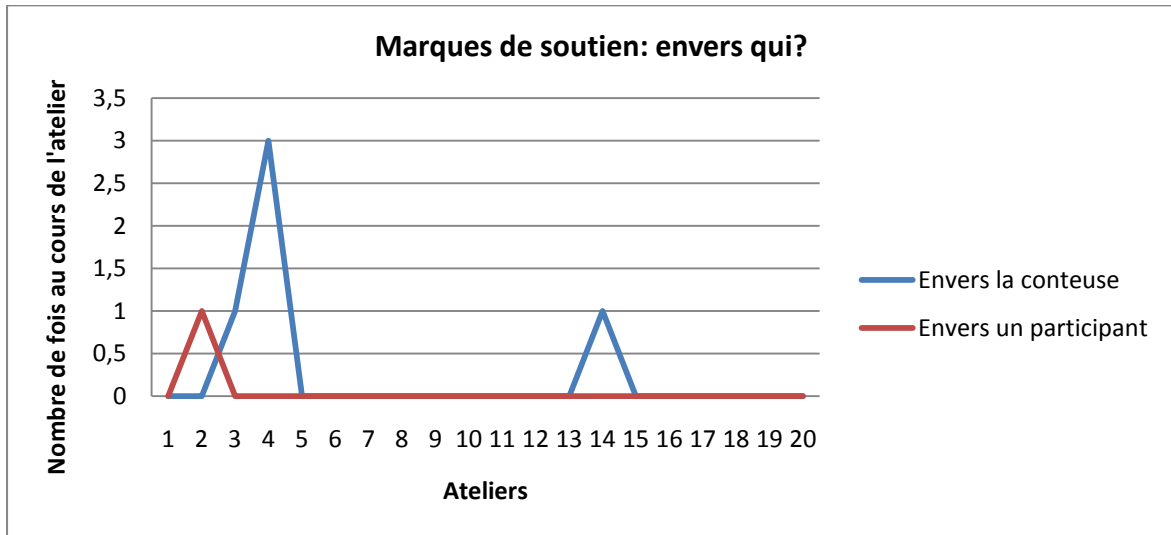


Tableau B11

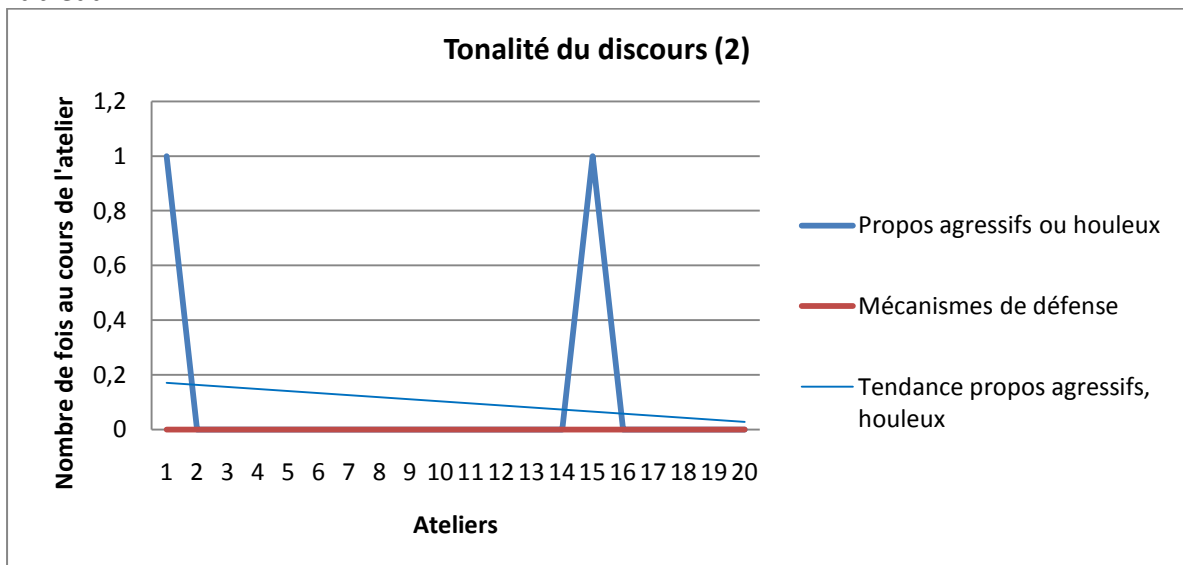


Tableau B11i

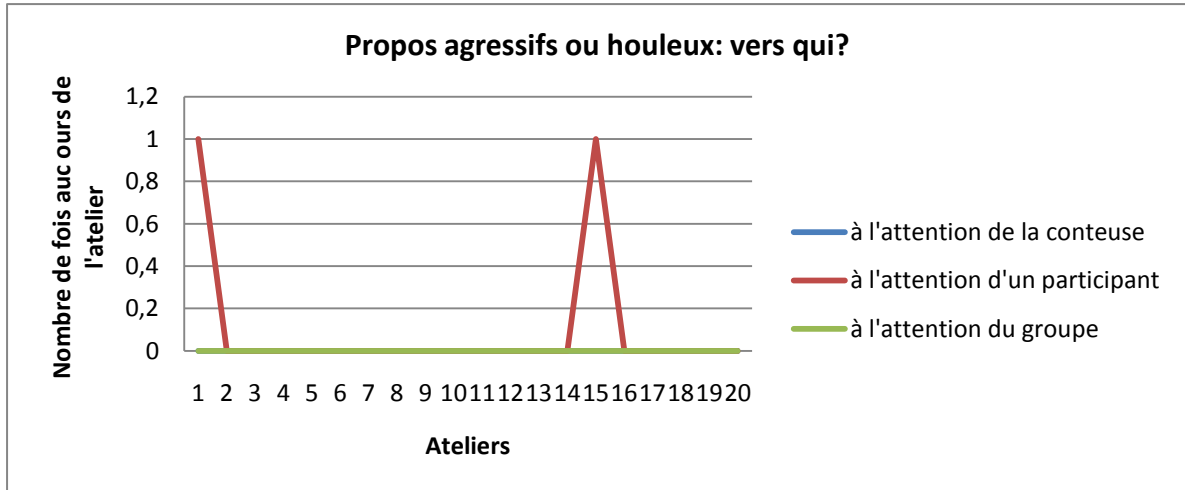


Tableau B12

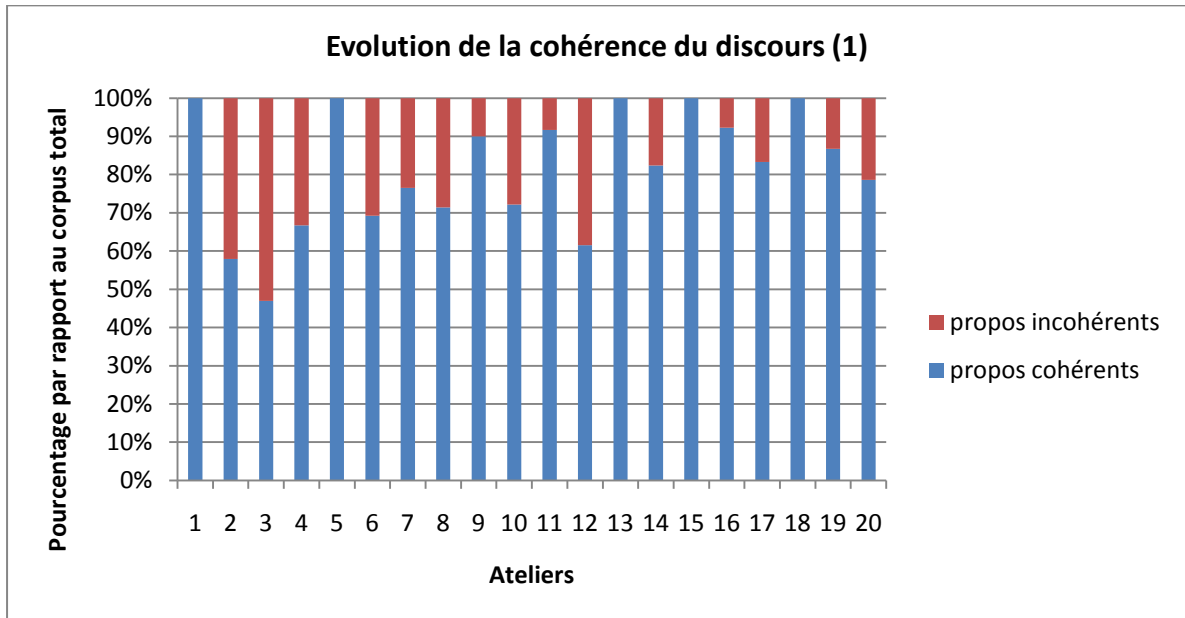


Tableau B12i

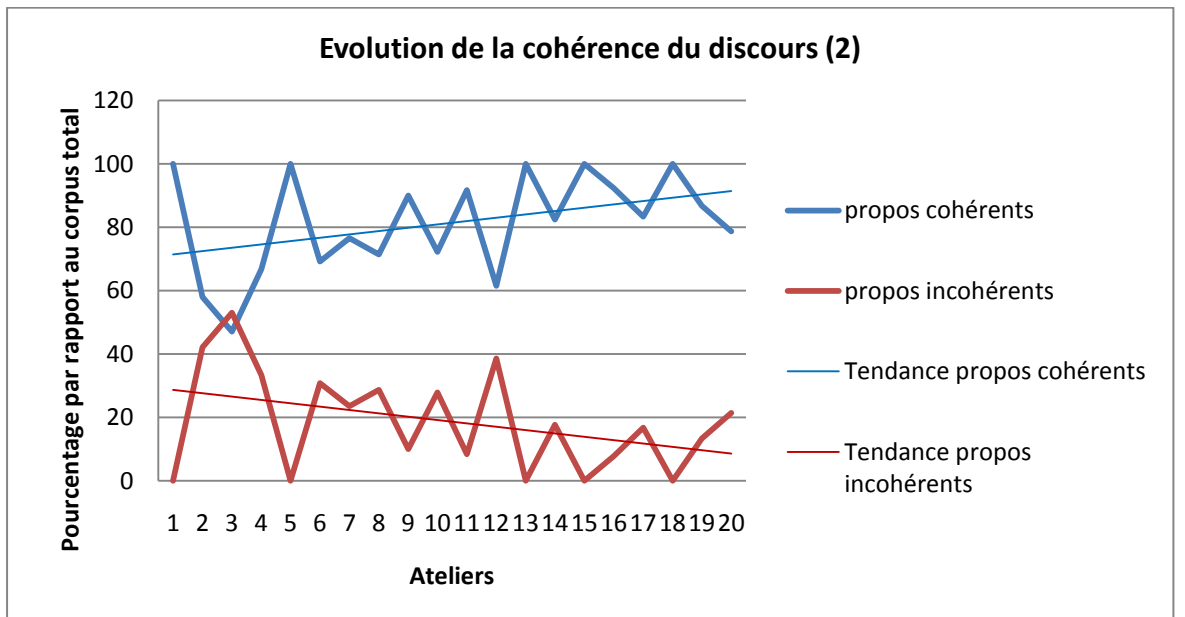


Tableau B13

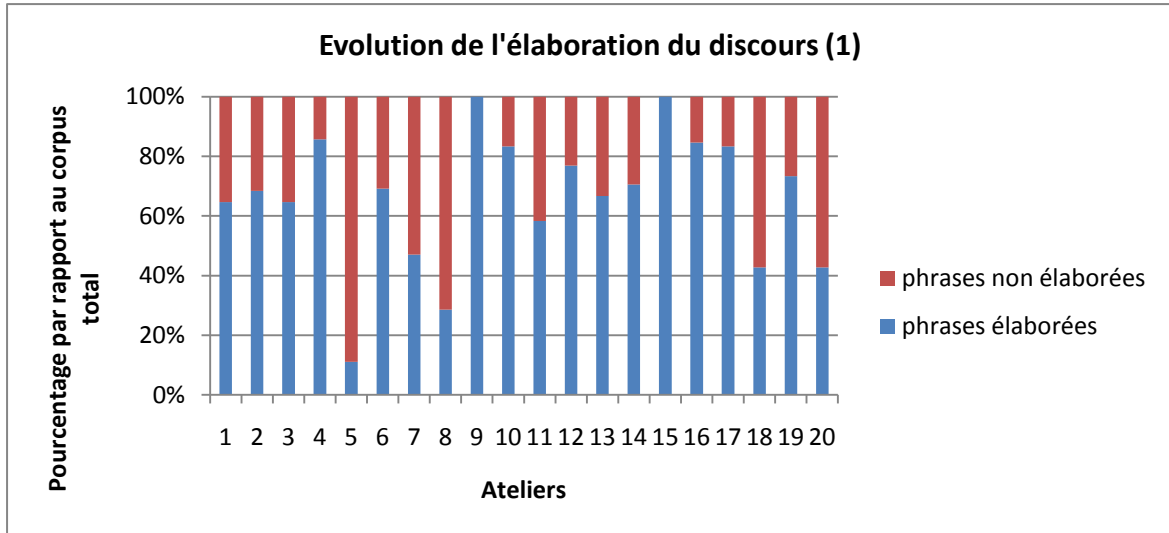


Tableau B13i

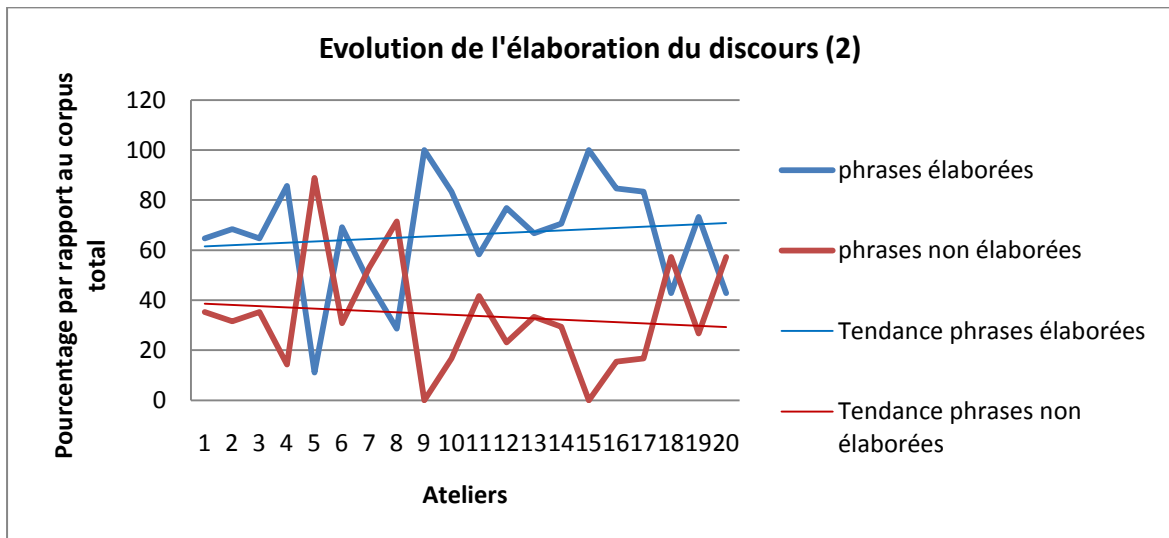


Tableau B14

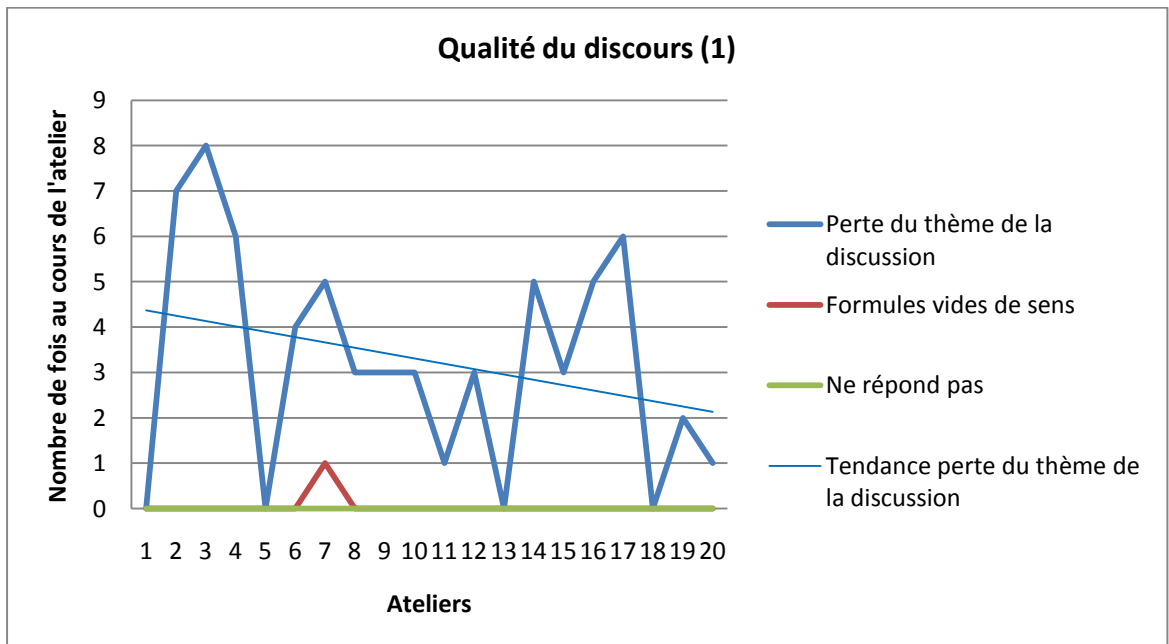
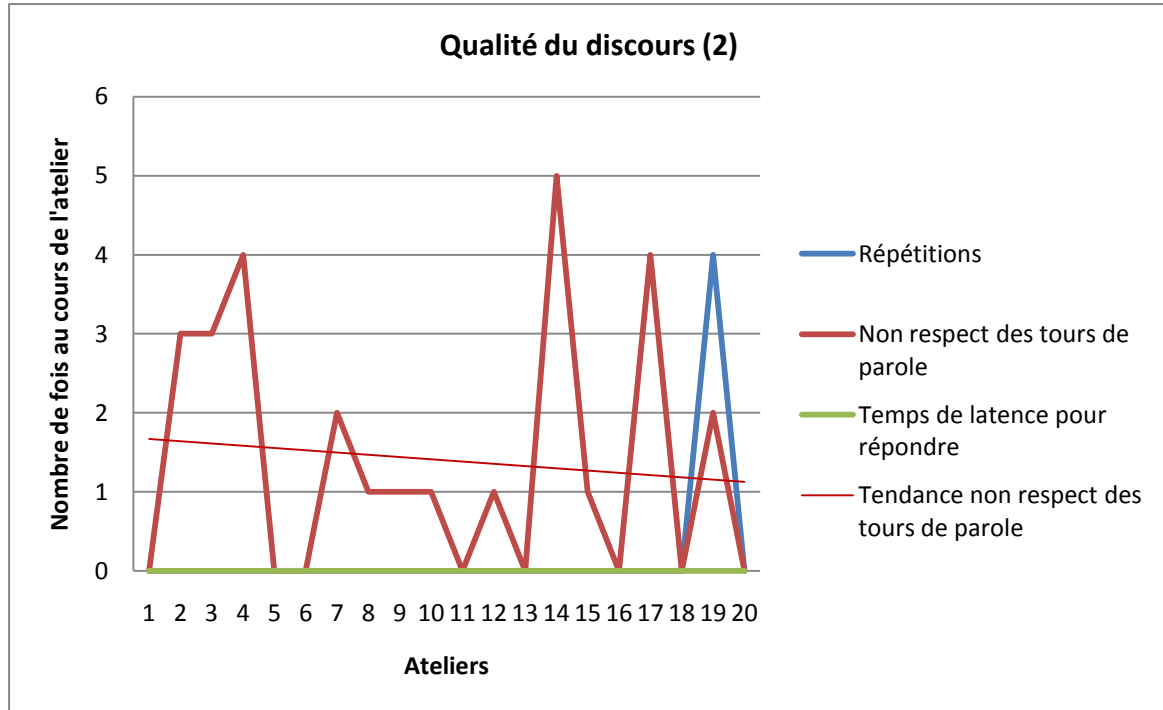


Tableau B14i



Résultats Mme Mas.

Tableau C1

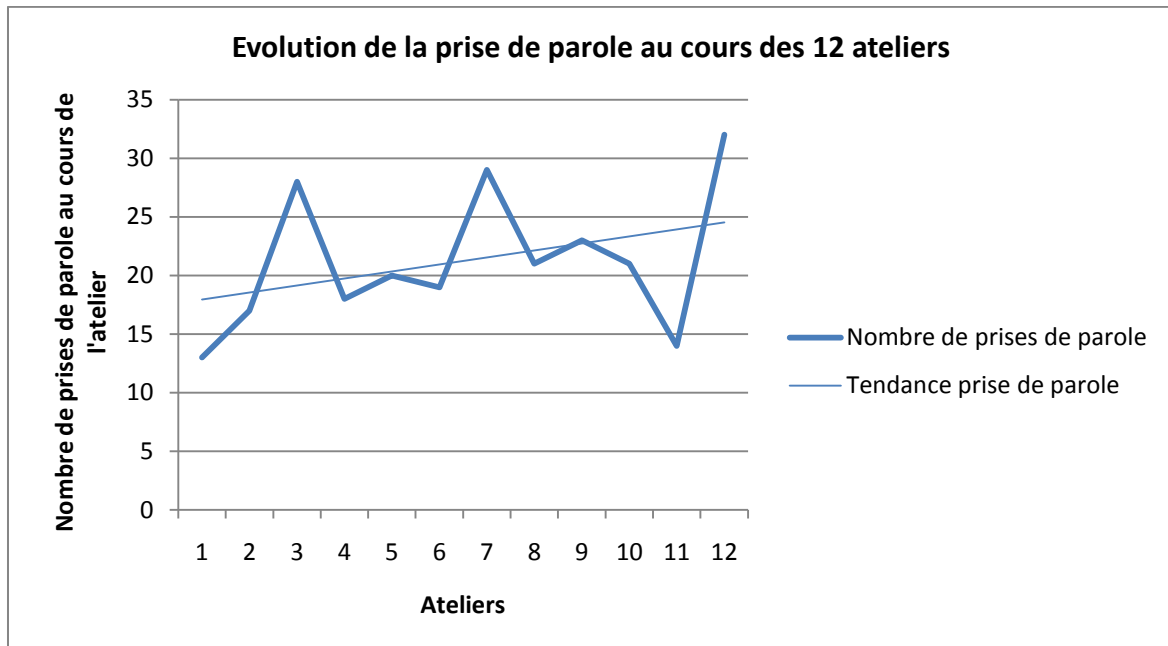


Tableau C2

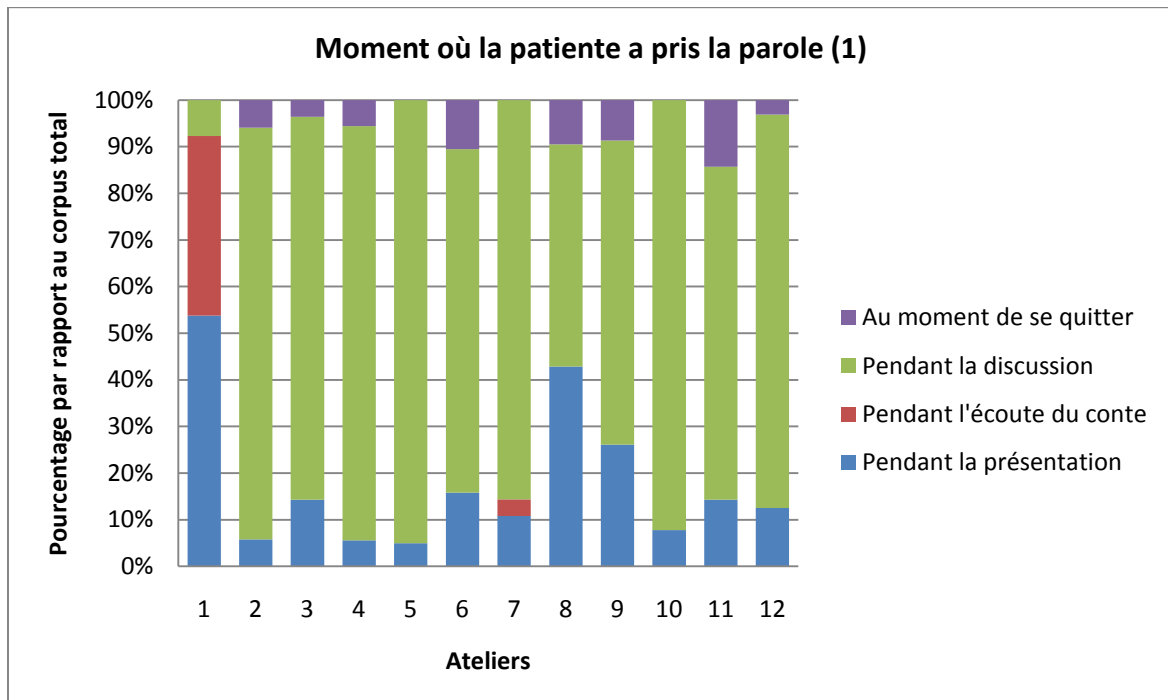


Tableau C2i

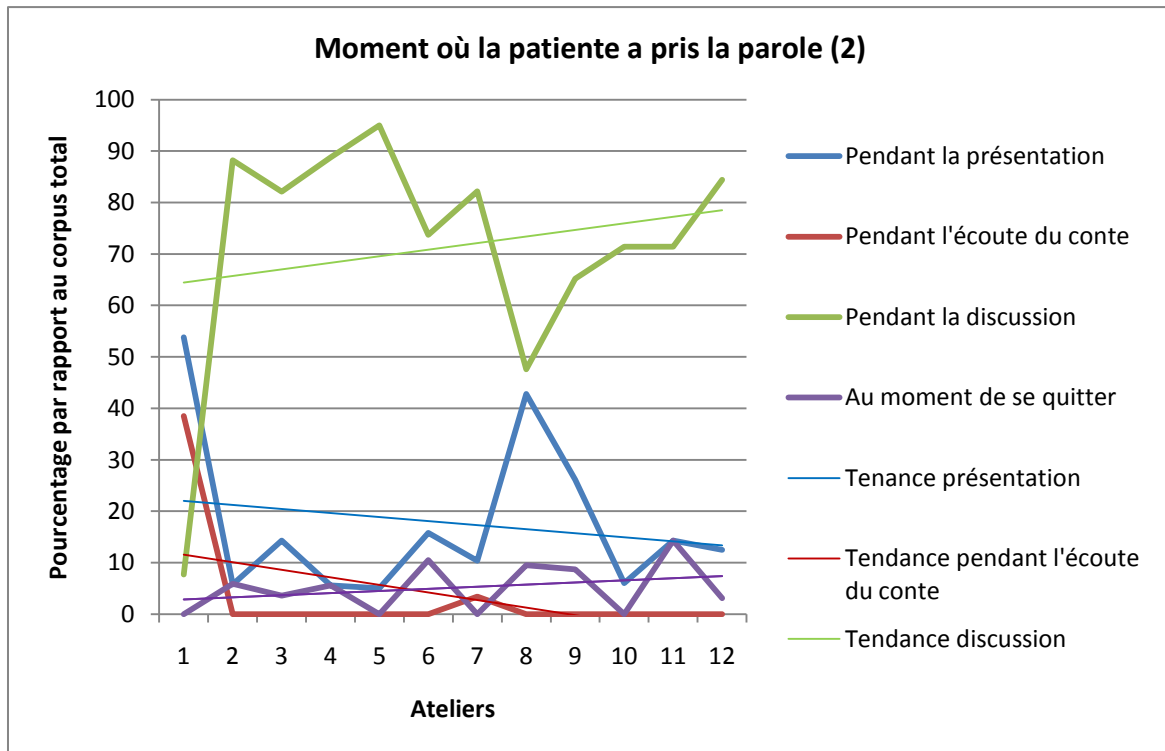


Tableau C3

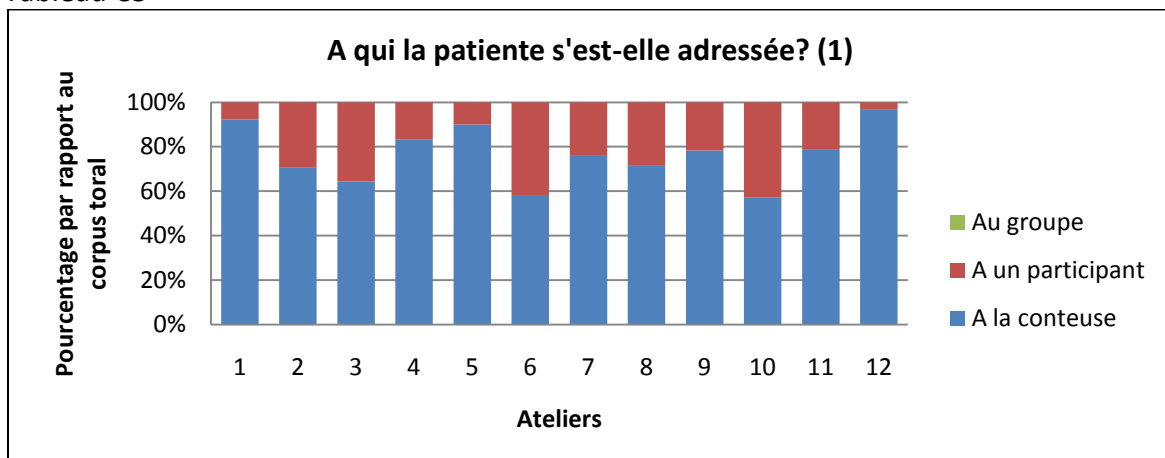


Tableau C3i

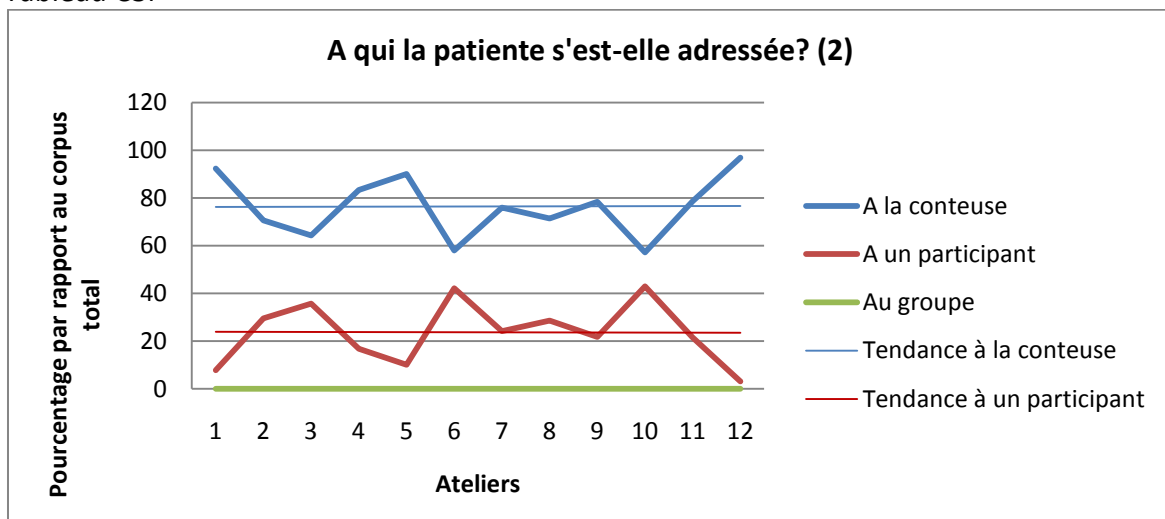


Tableau C4

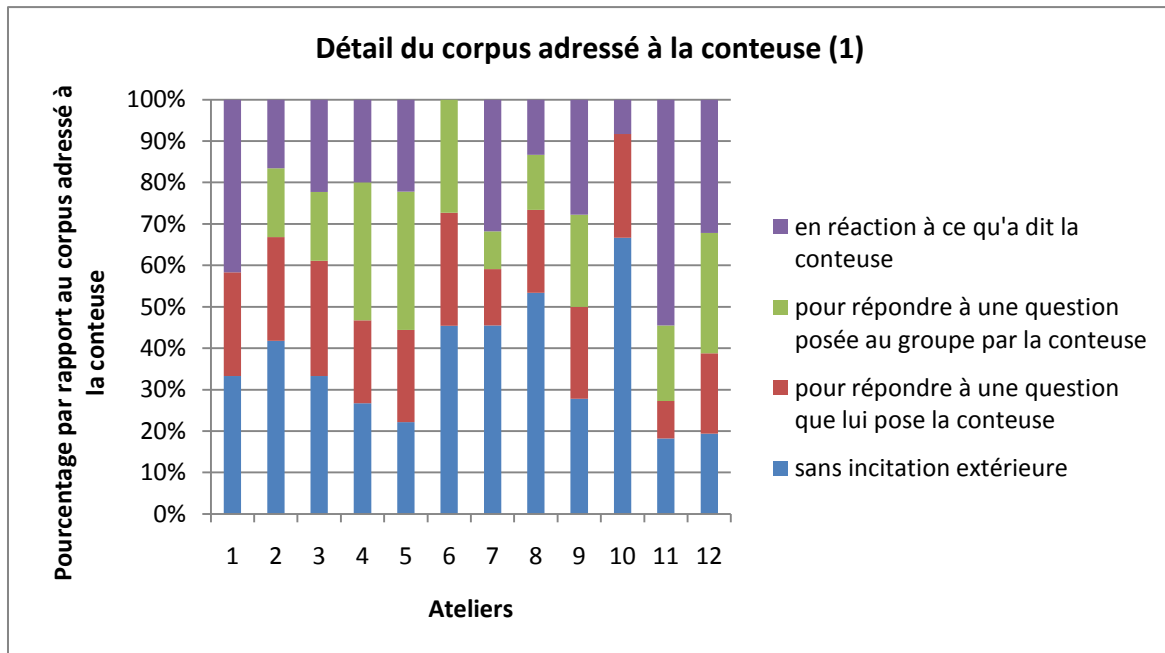


Tableau C4i

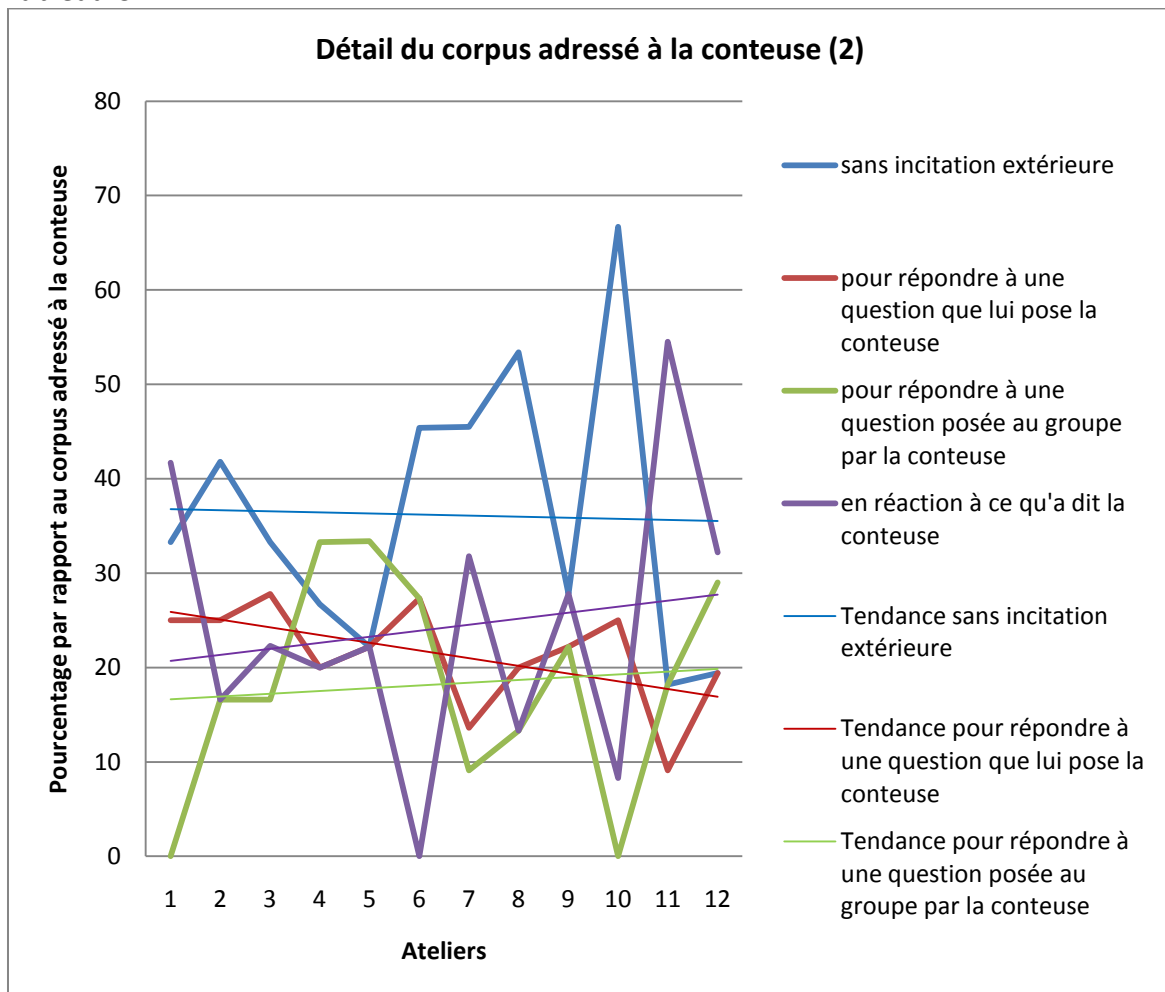


Tableau C5

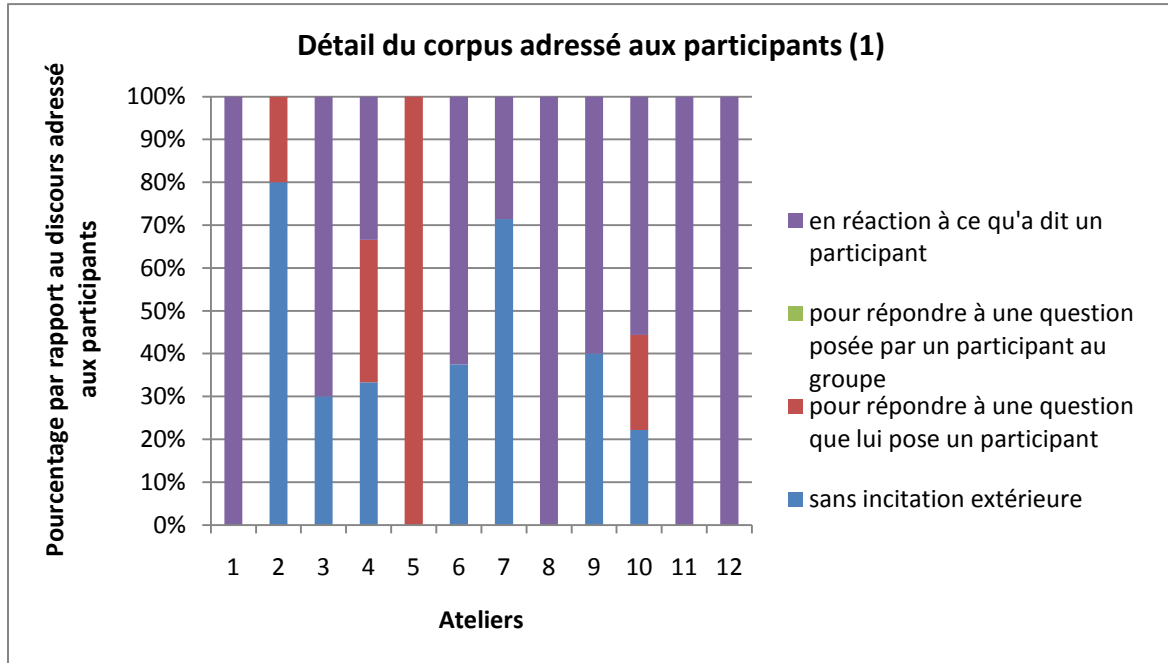


Tableau C5i

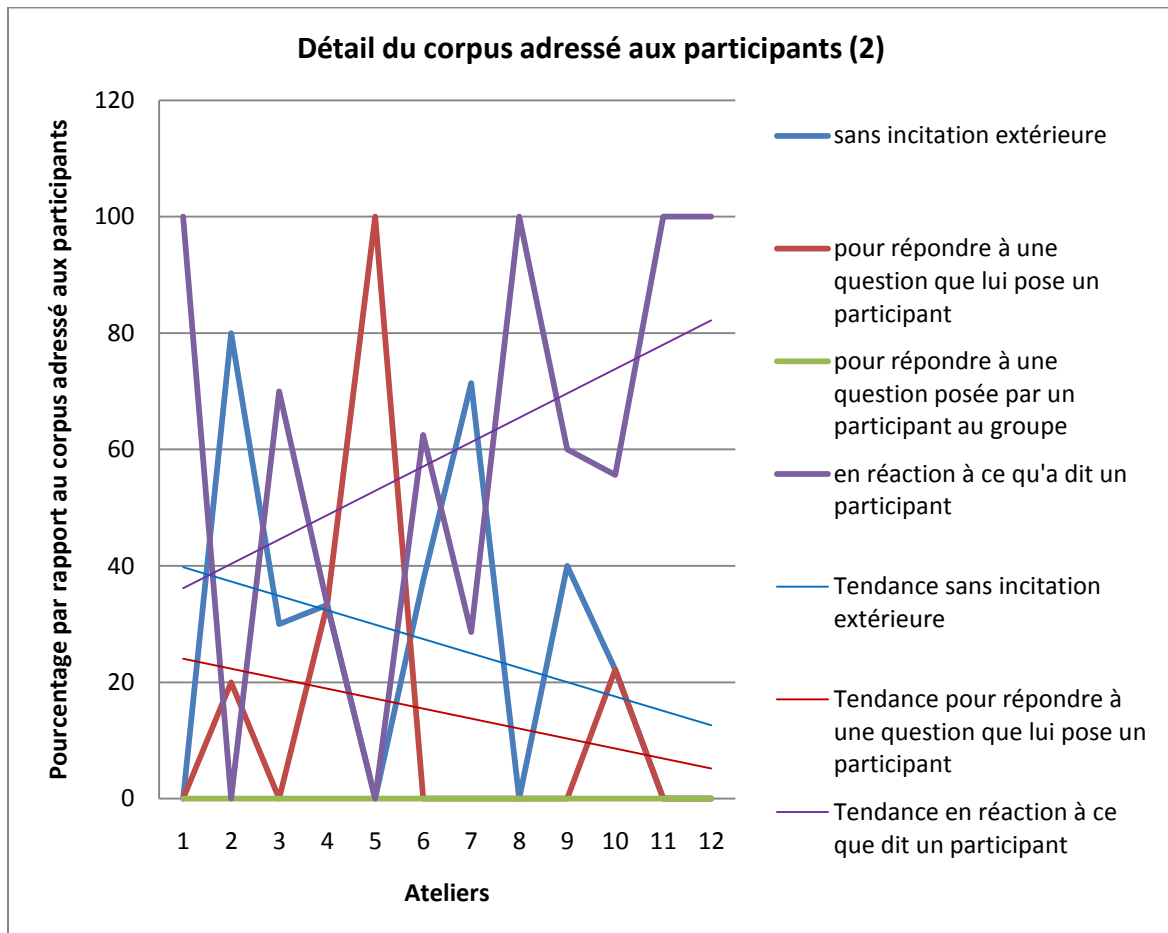


Tableau C6

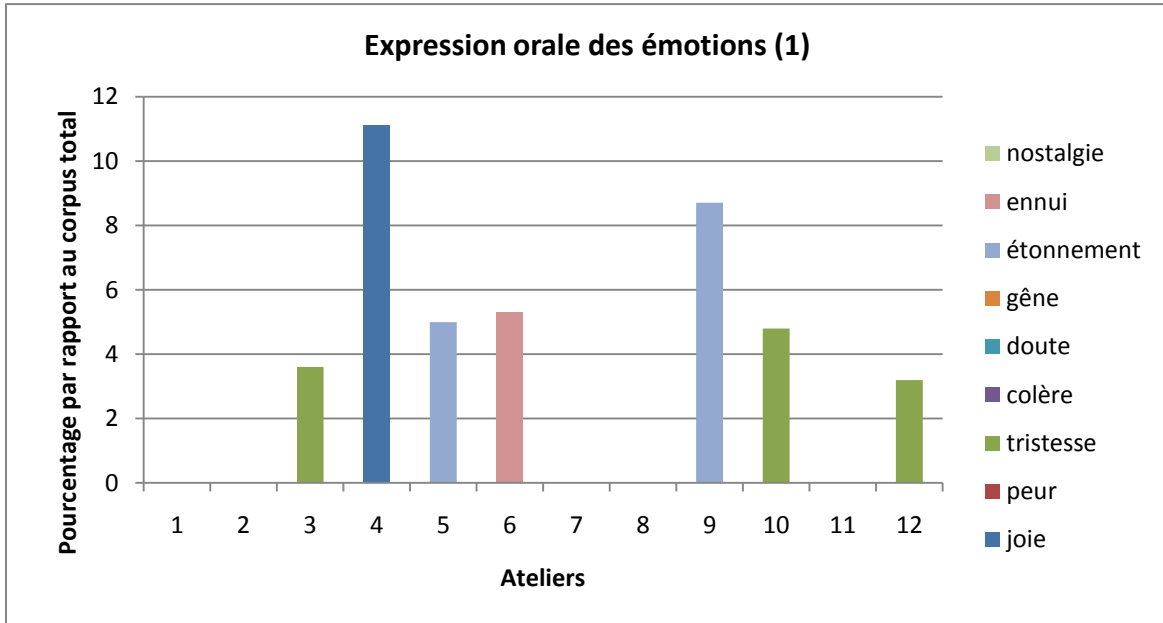


Tableau C6i

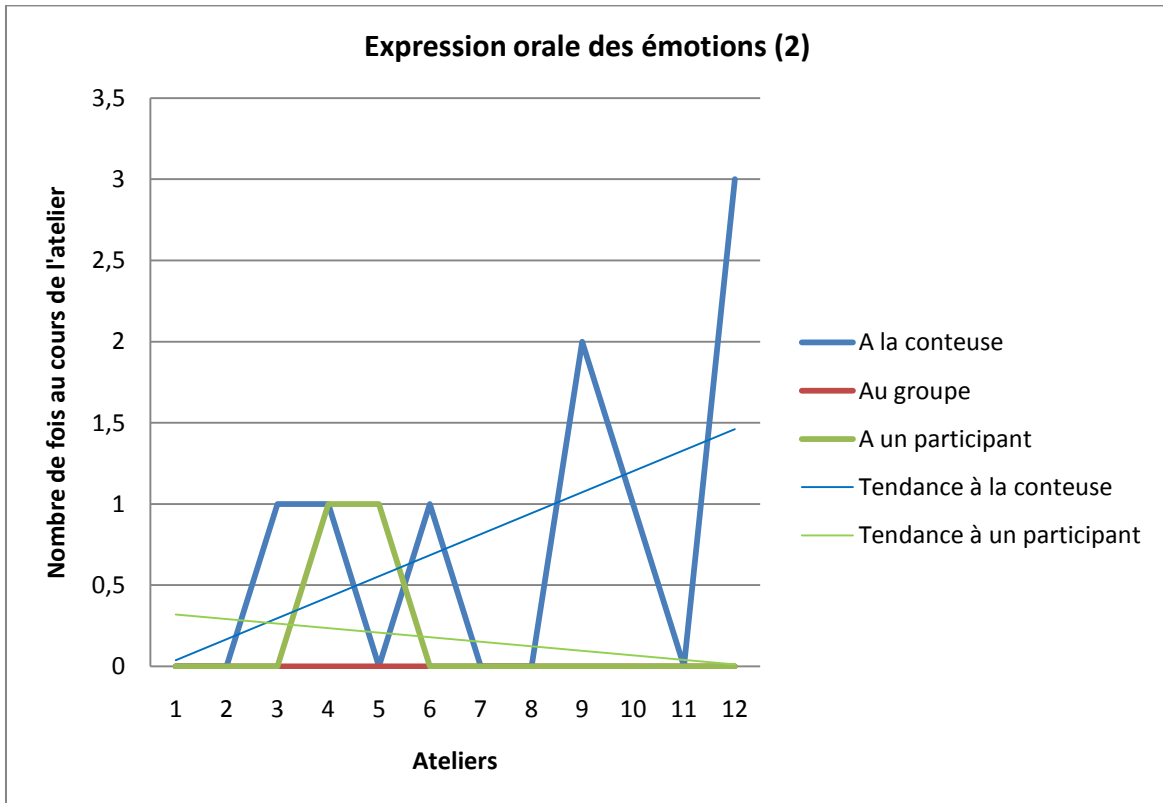


Tableau C7

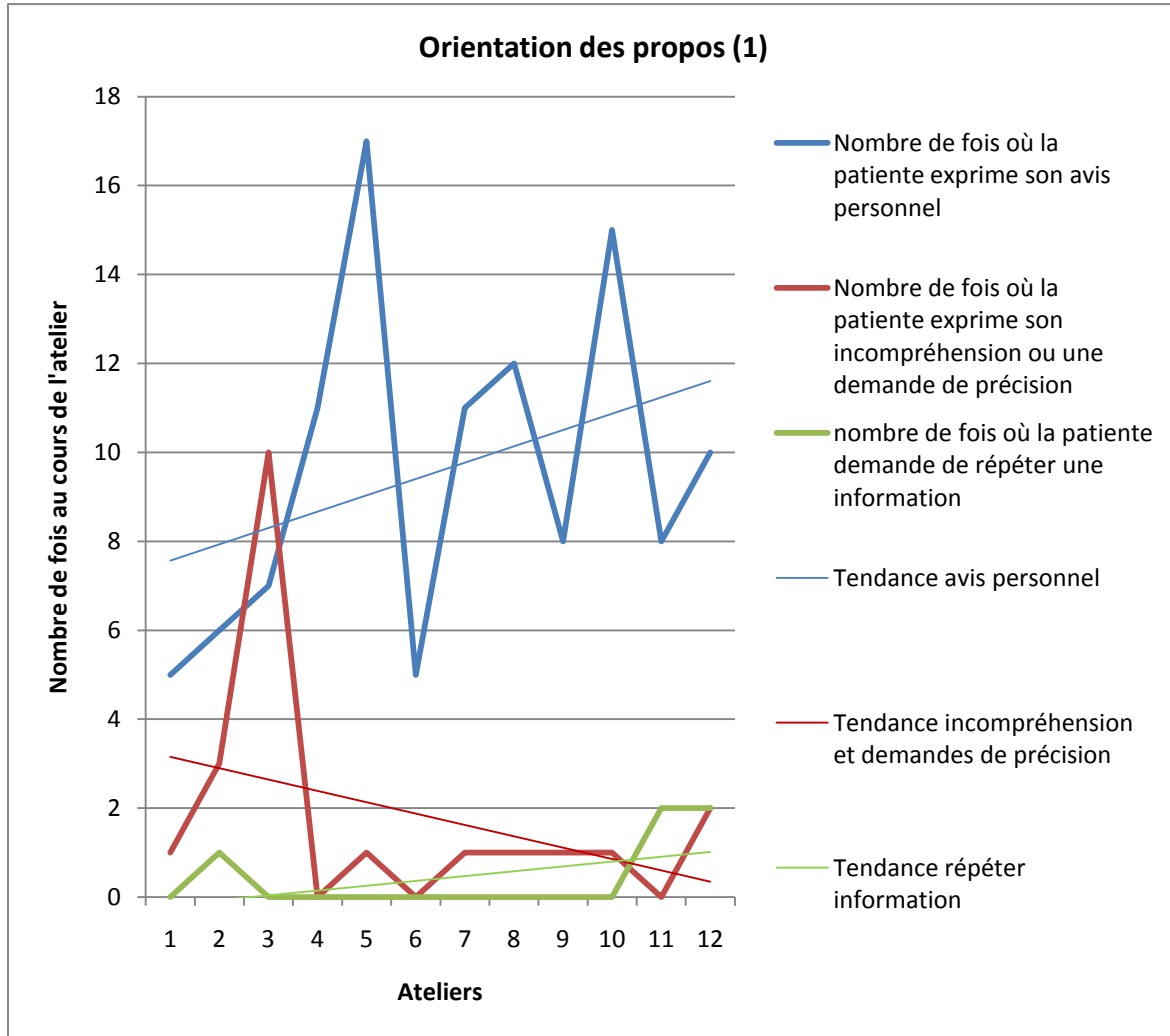


Tableau C7i

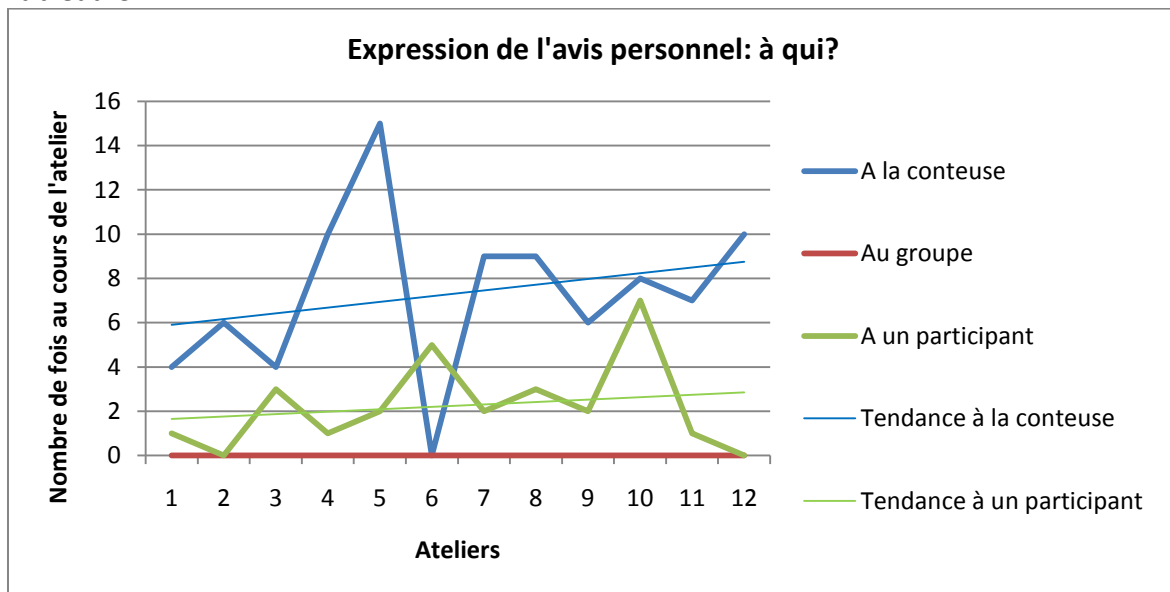


Tableau C7ii

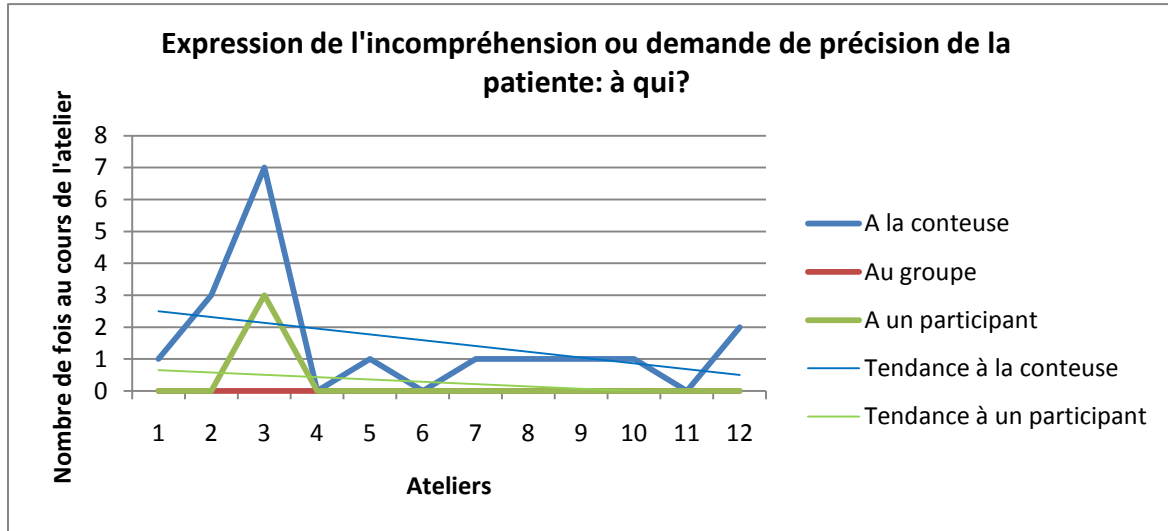


Tableau C7iii

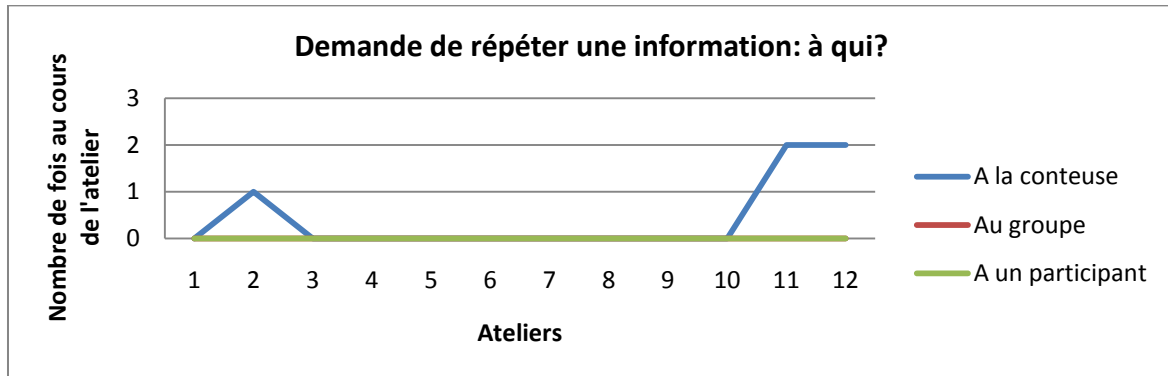


Tableau C8

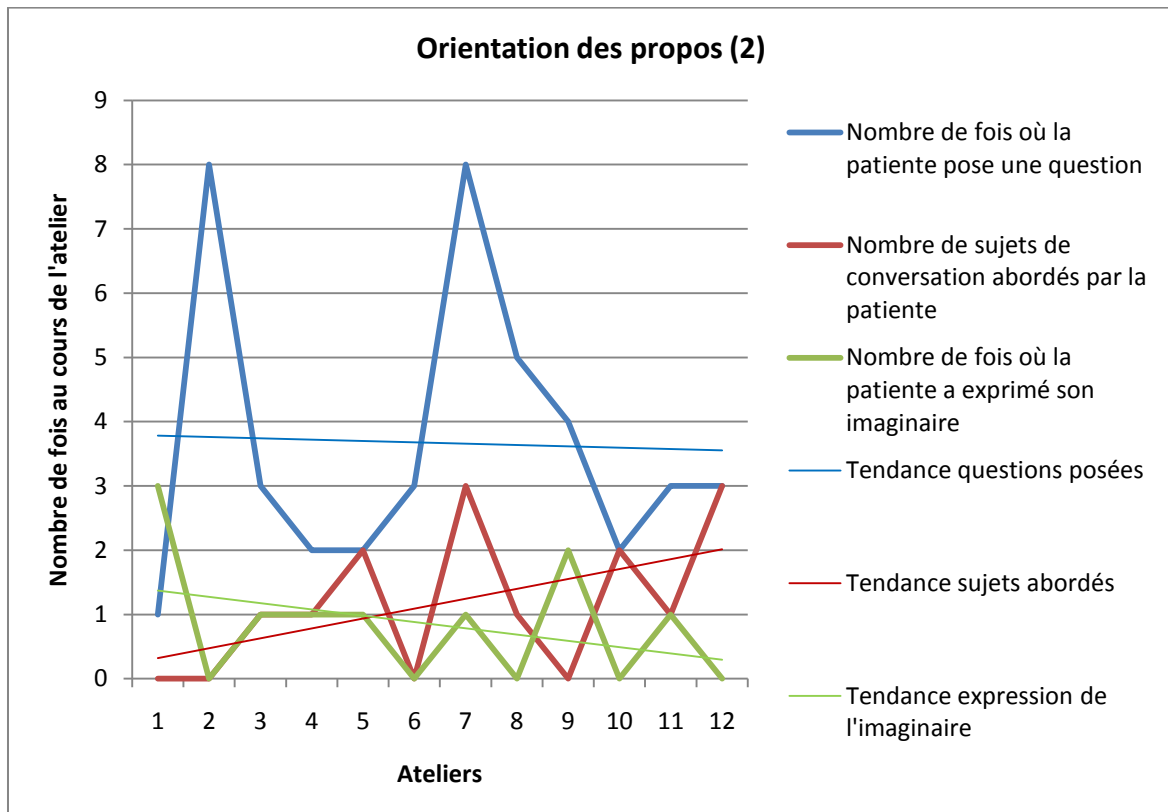


Tableau C8i

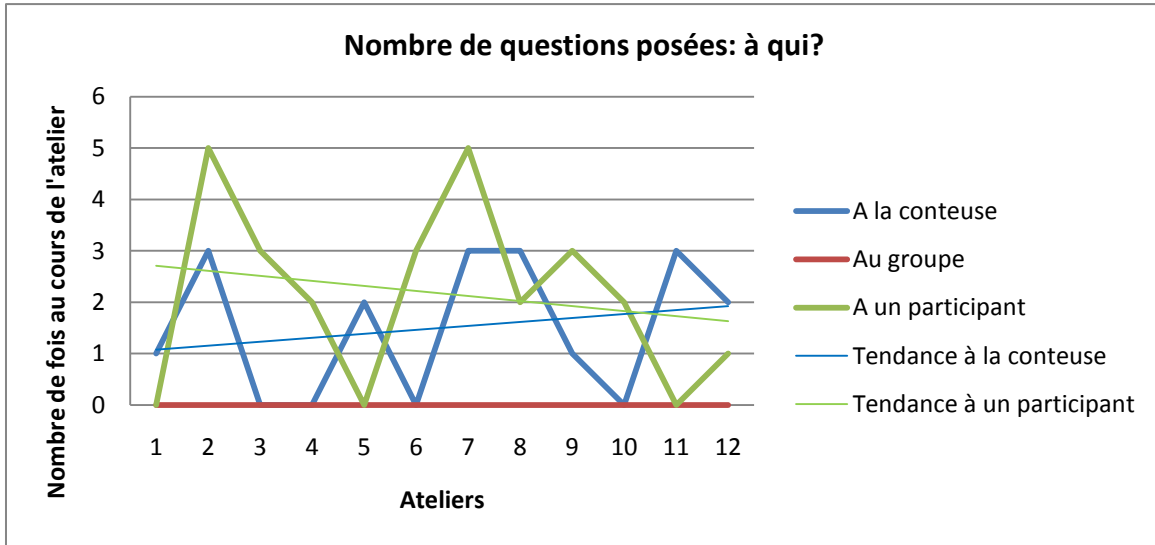


Tableau C8ii

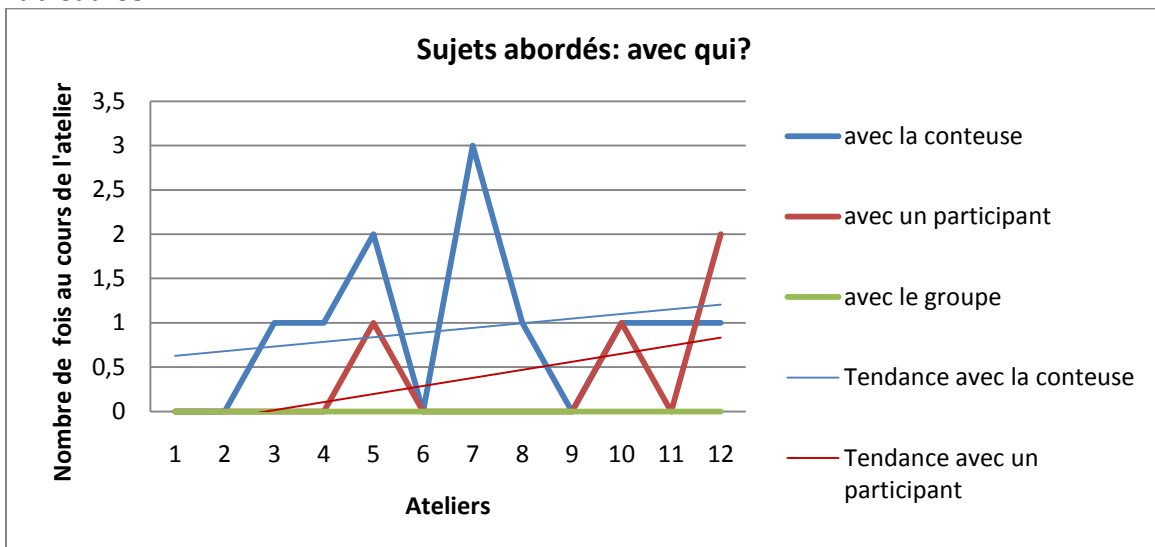


Tableau C9

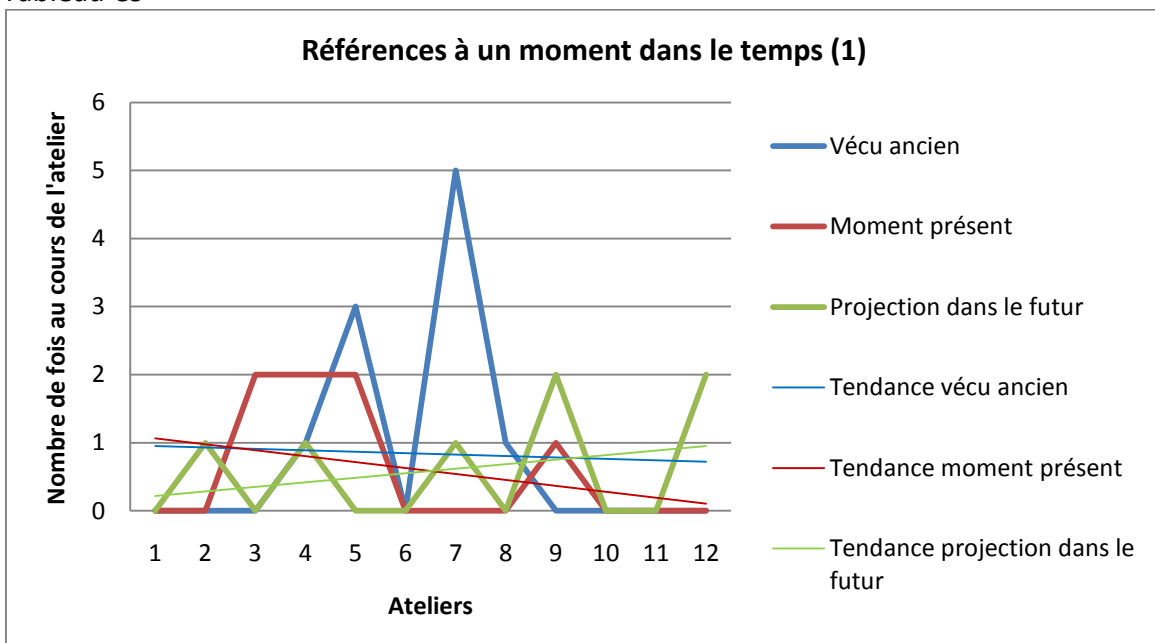


Tableau C9i

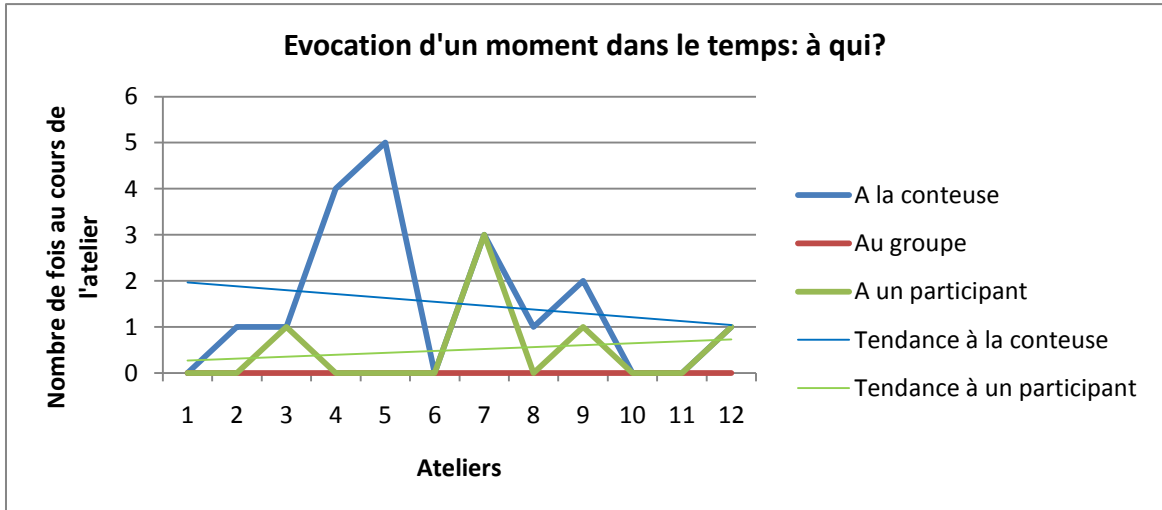


Tableau C10

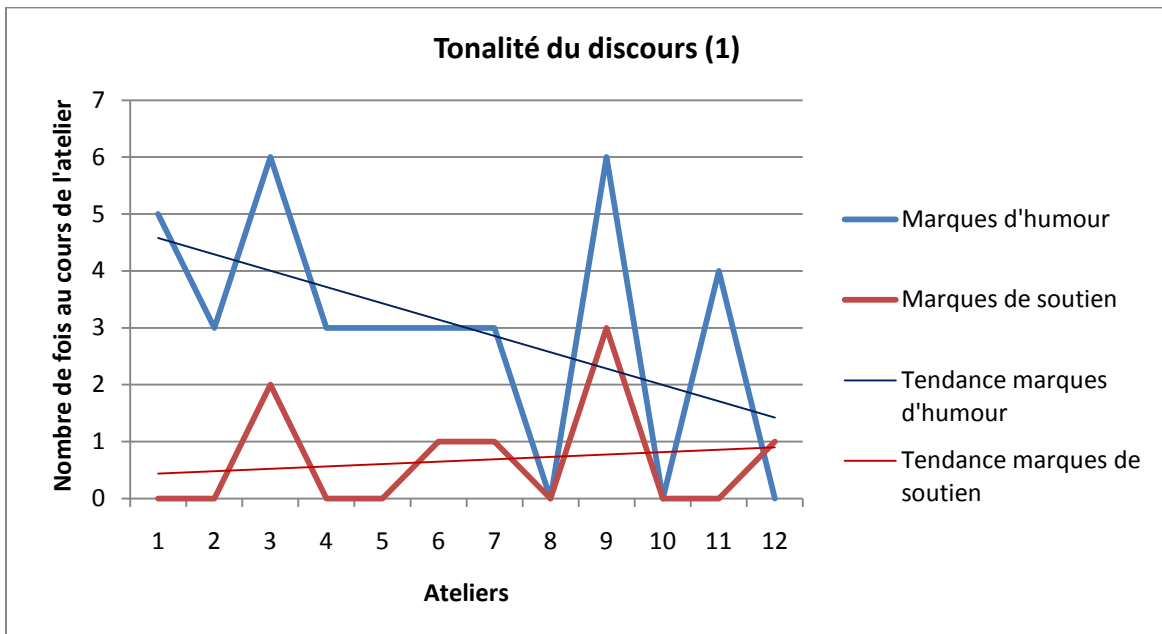


Tableau C10i

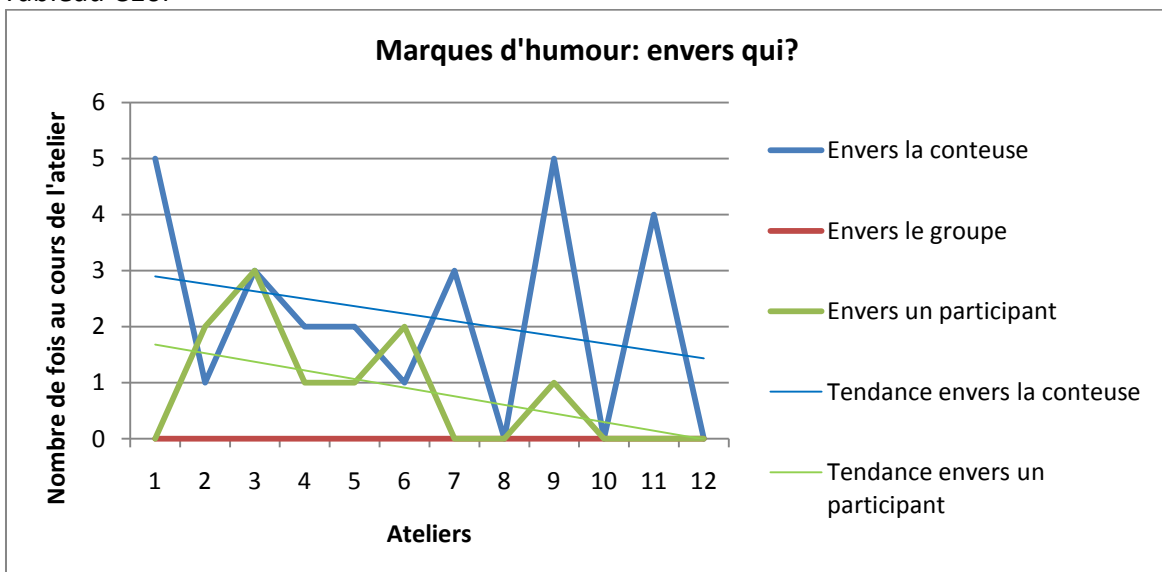


Tableau C10ii

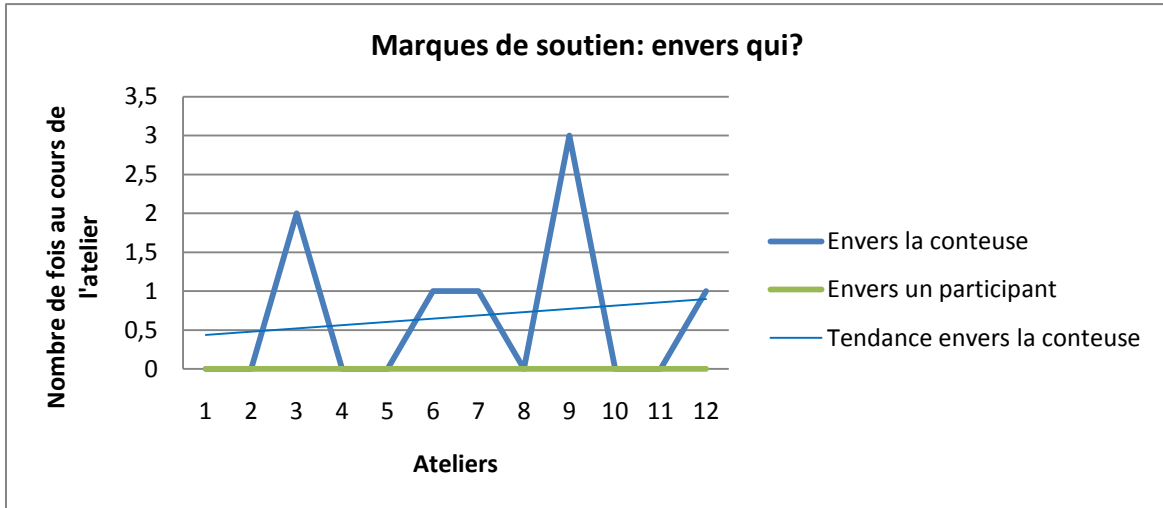


Tableau C11

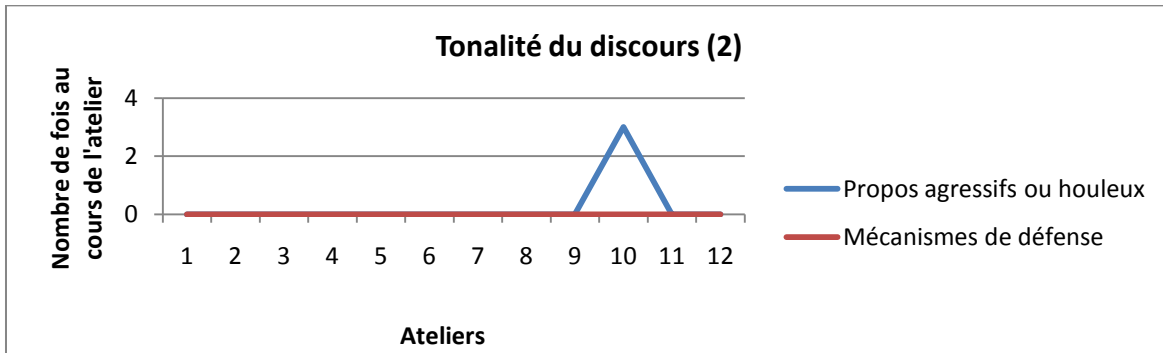


Tableau C11i

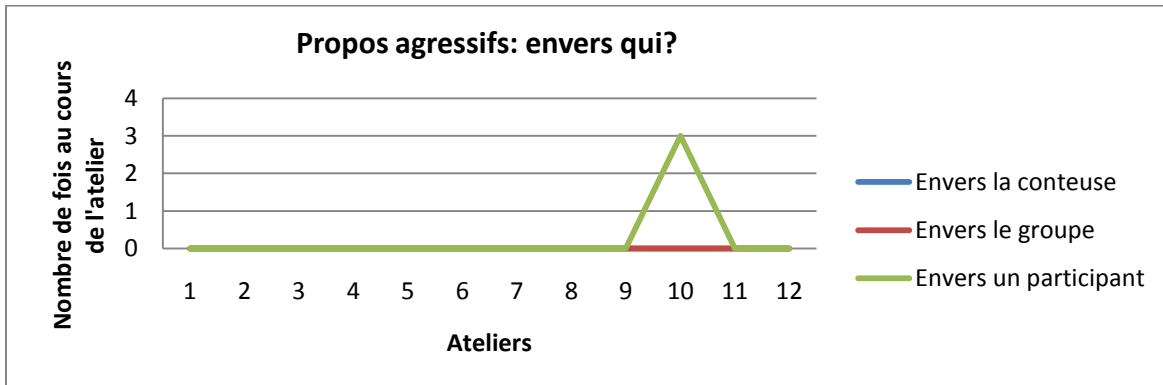


Tableau C12

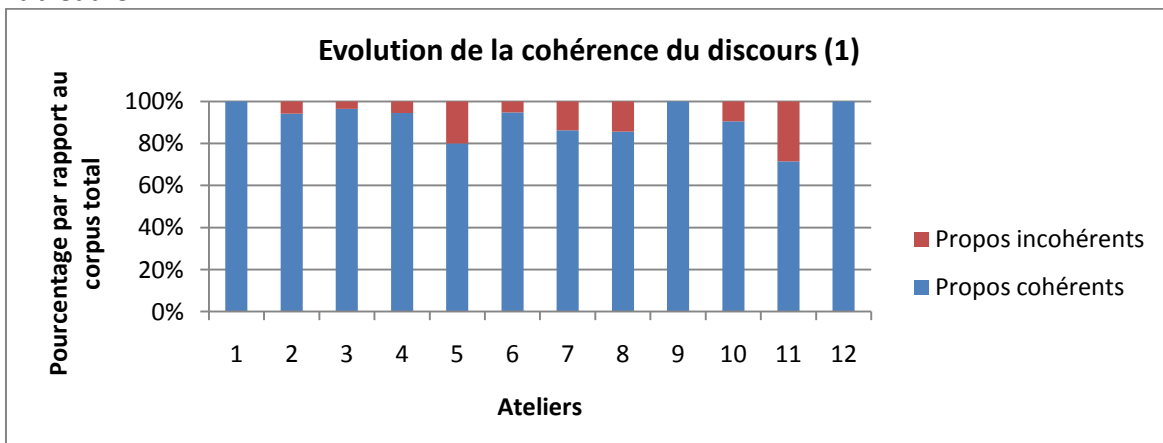


Tableau C12i

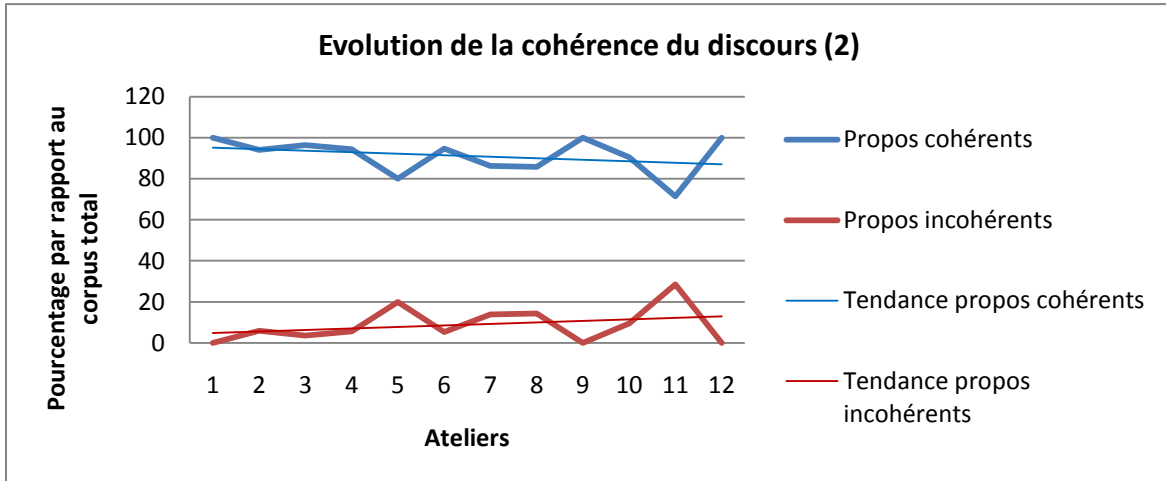


Tableau C13

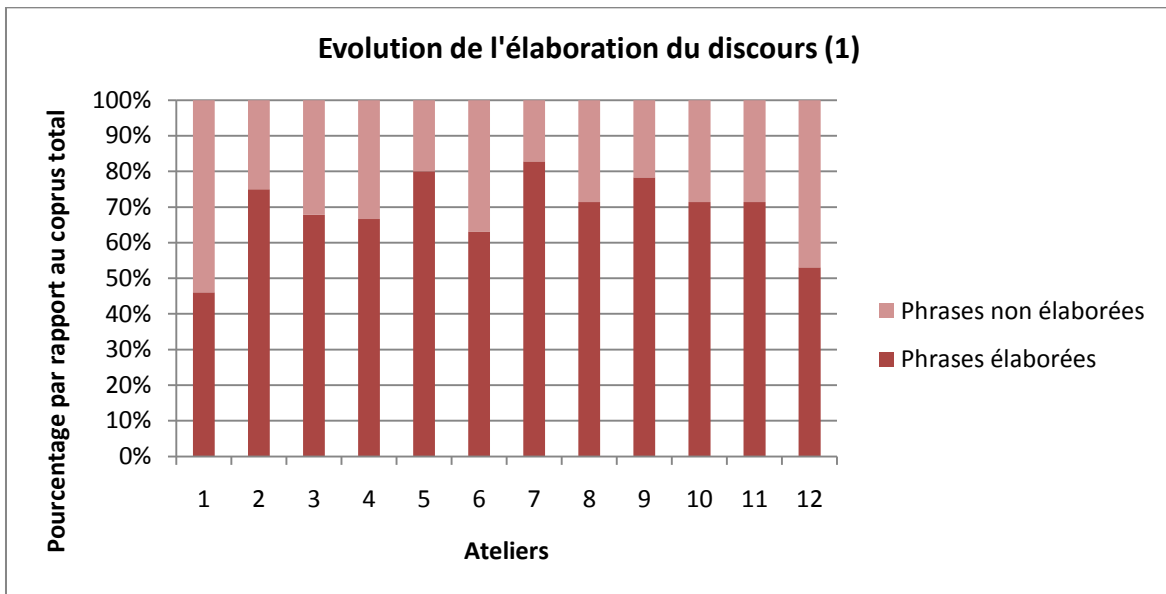


Tableau C13i

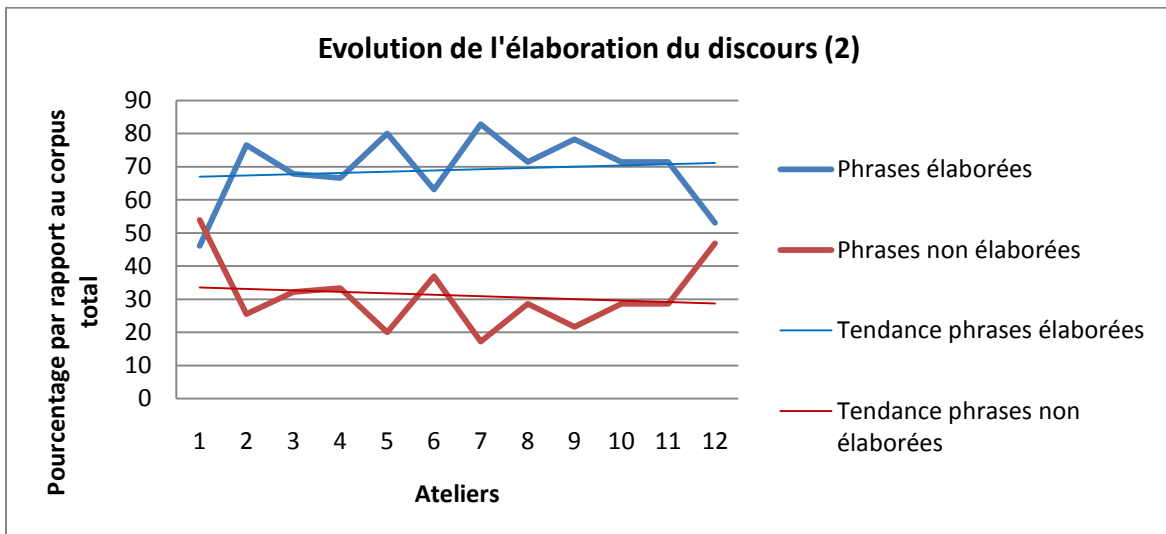


Tableau C14

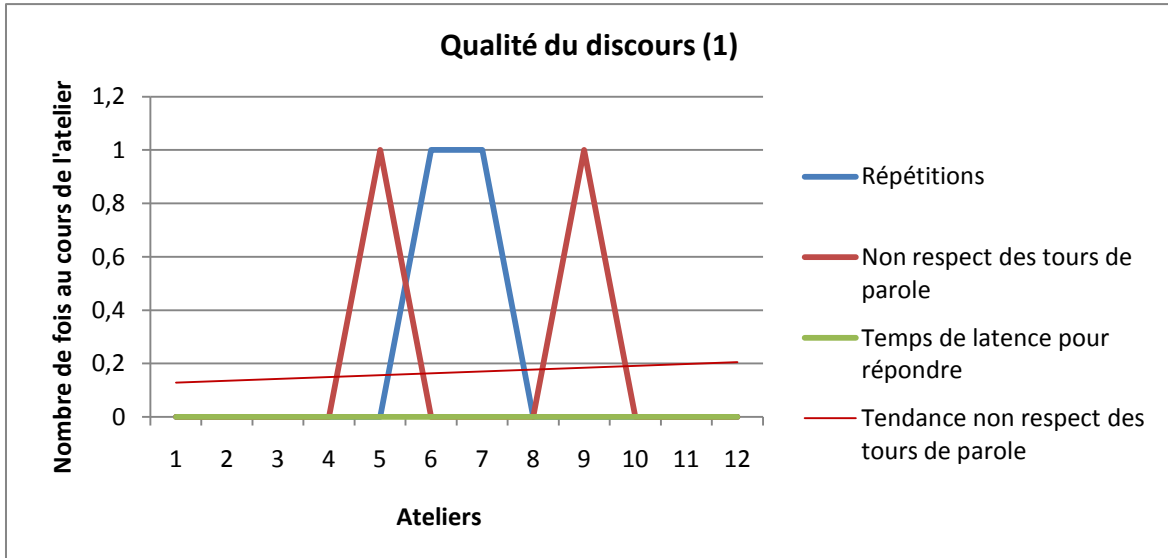
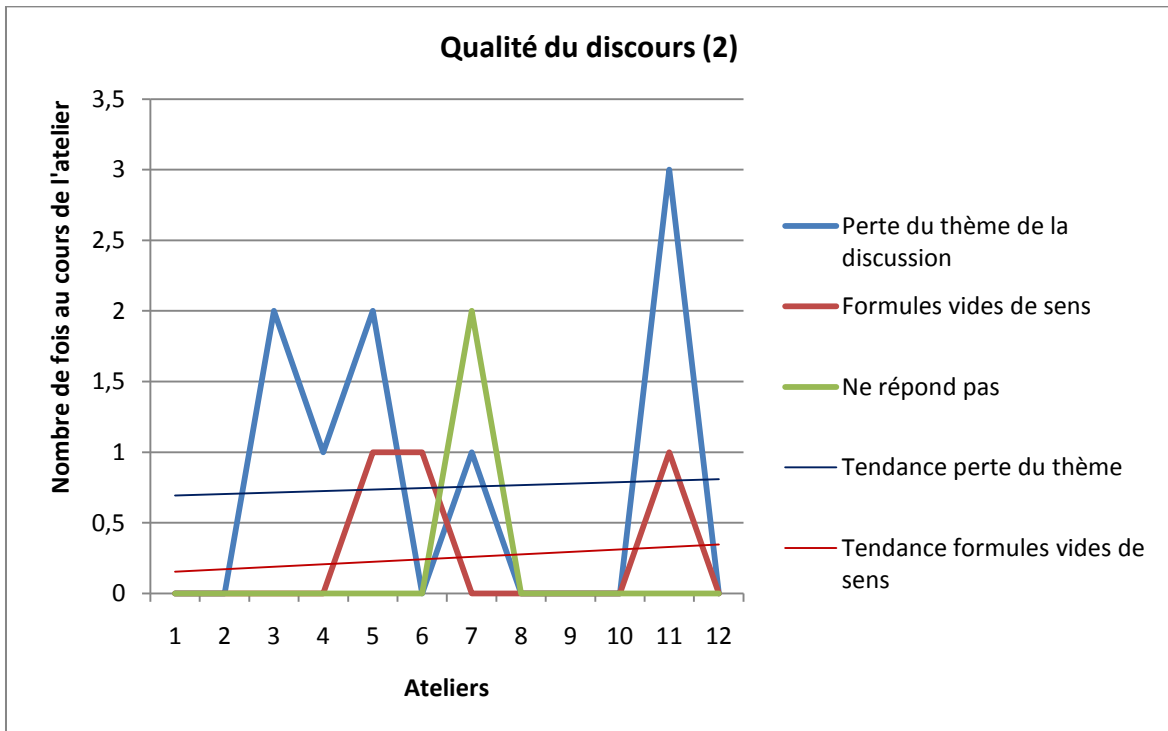


Tableau C14i



Résultats Mme D.

Tableau D1

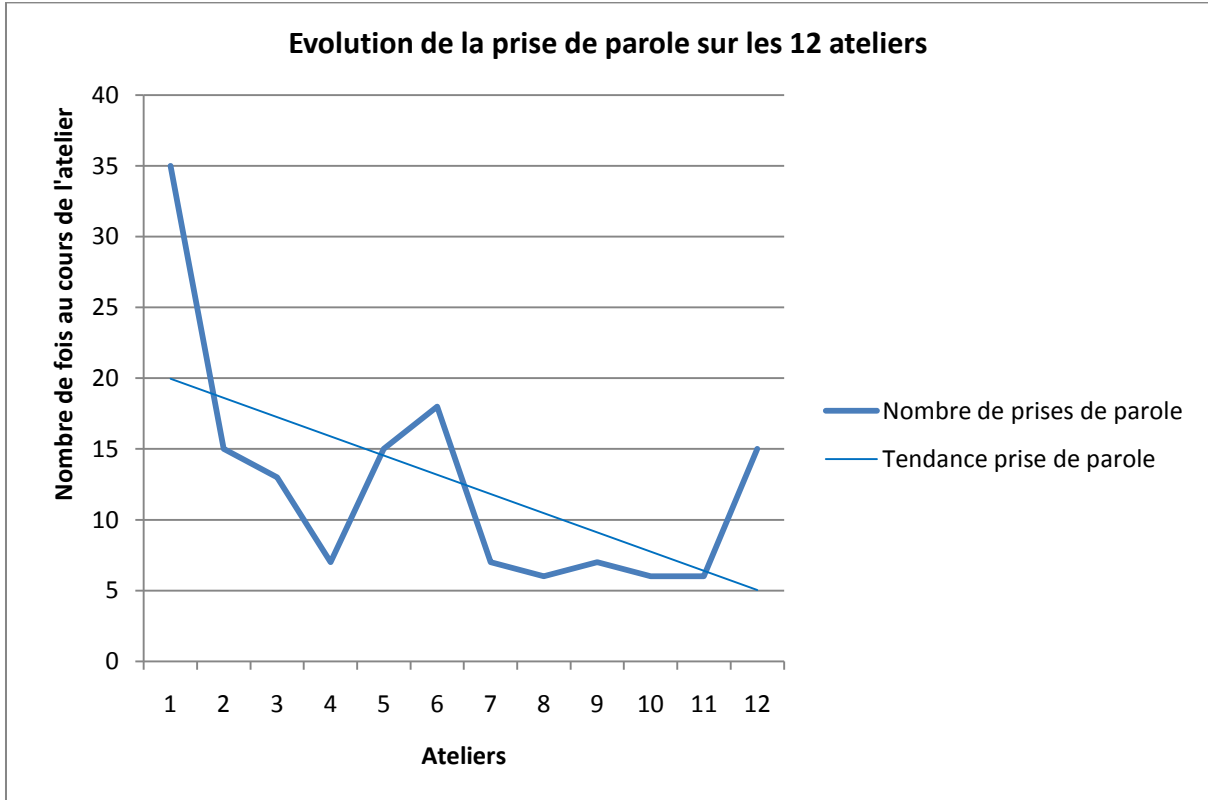


Tableau D2

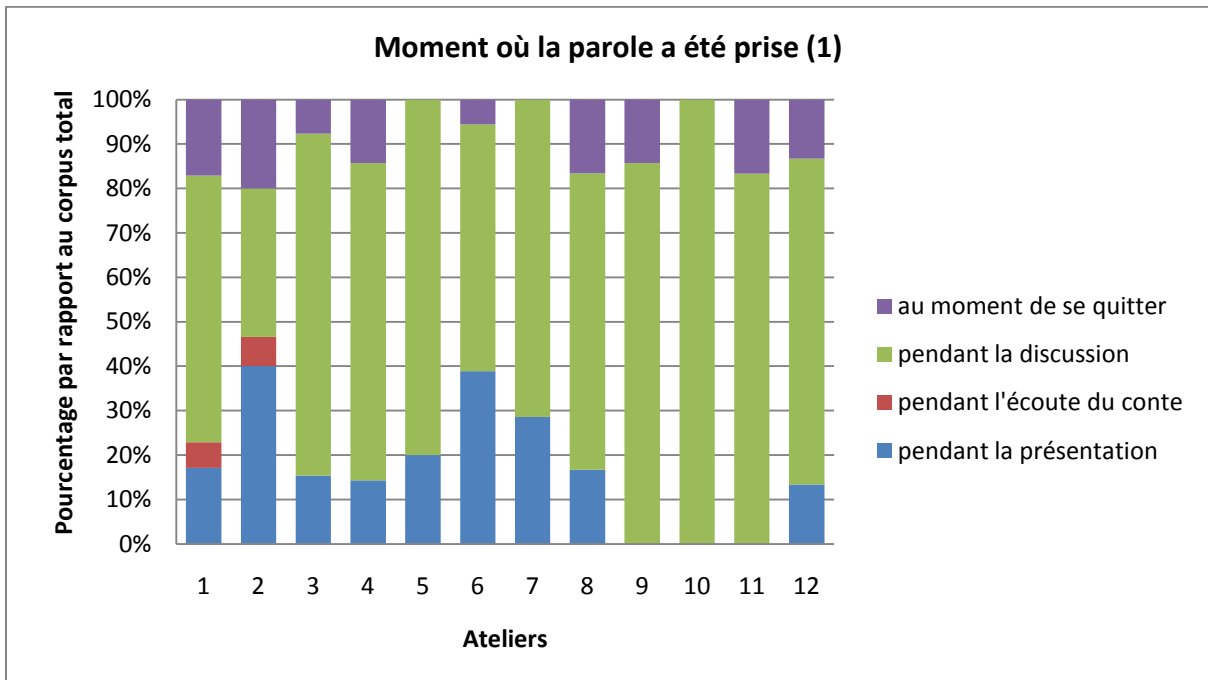


Tableau D2i

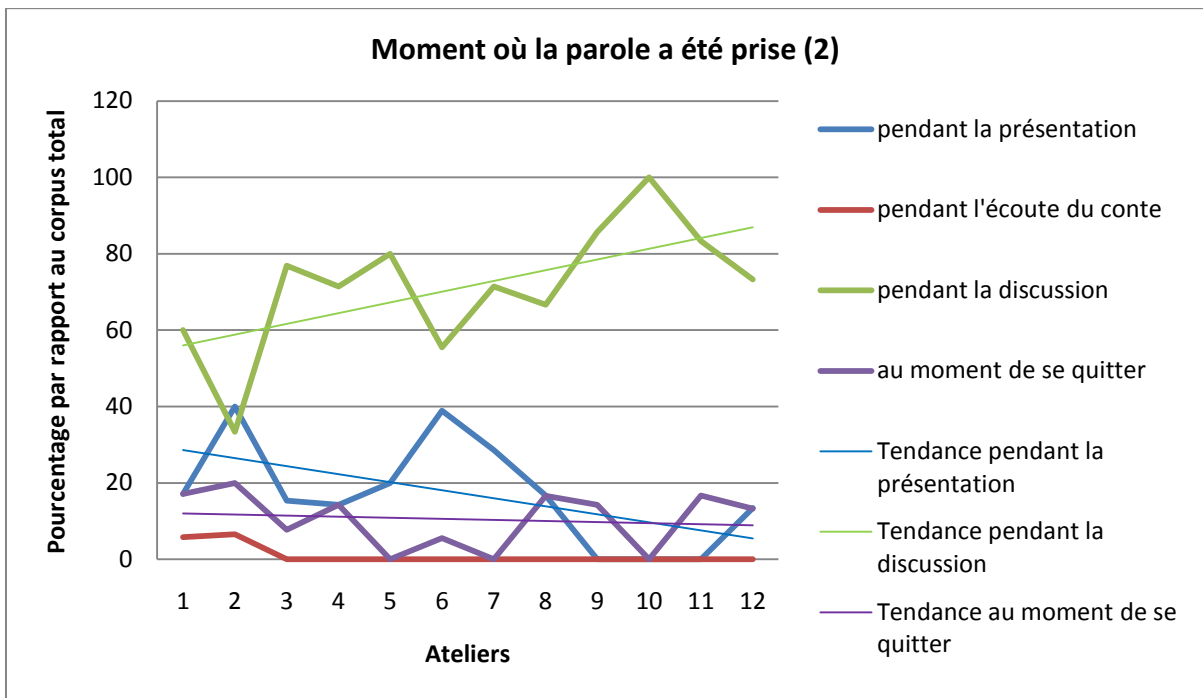


Tableau D3

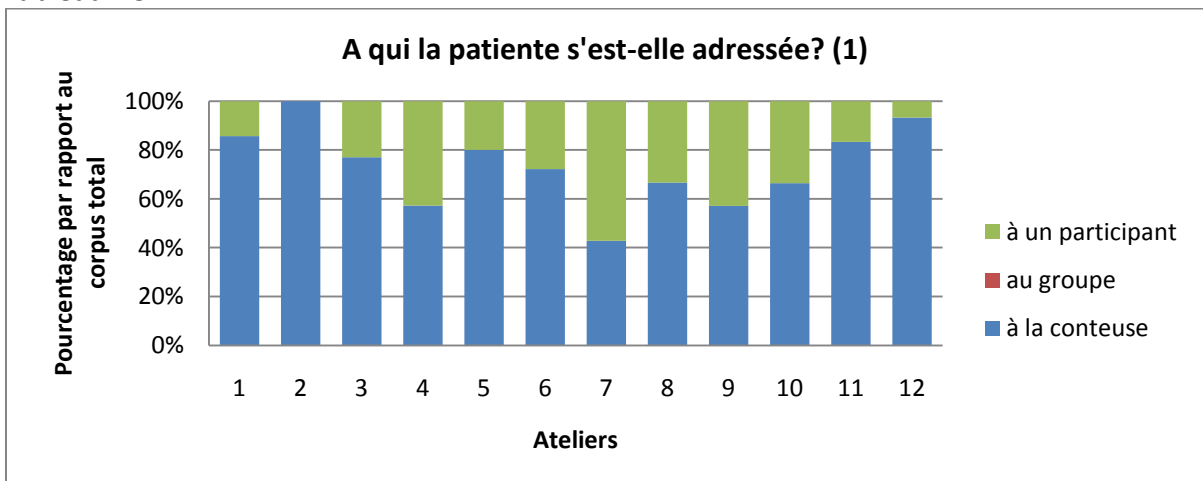


Tableau D3i

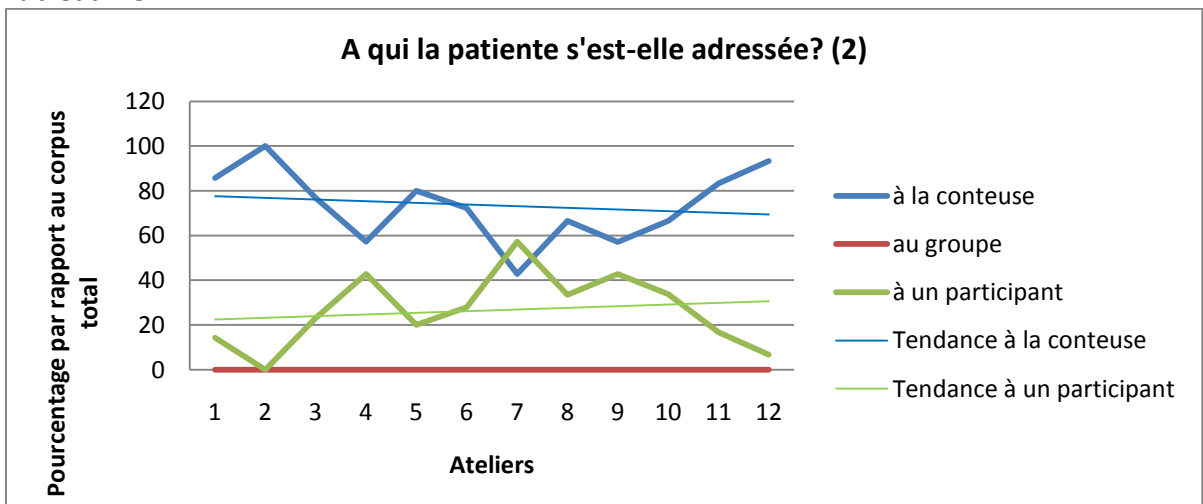


Tableau D4

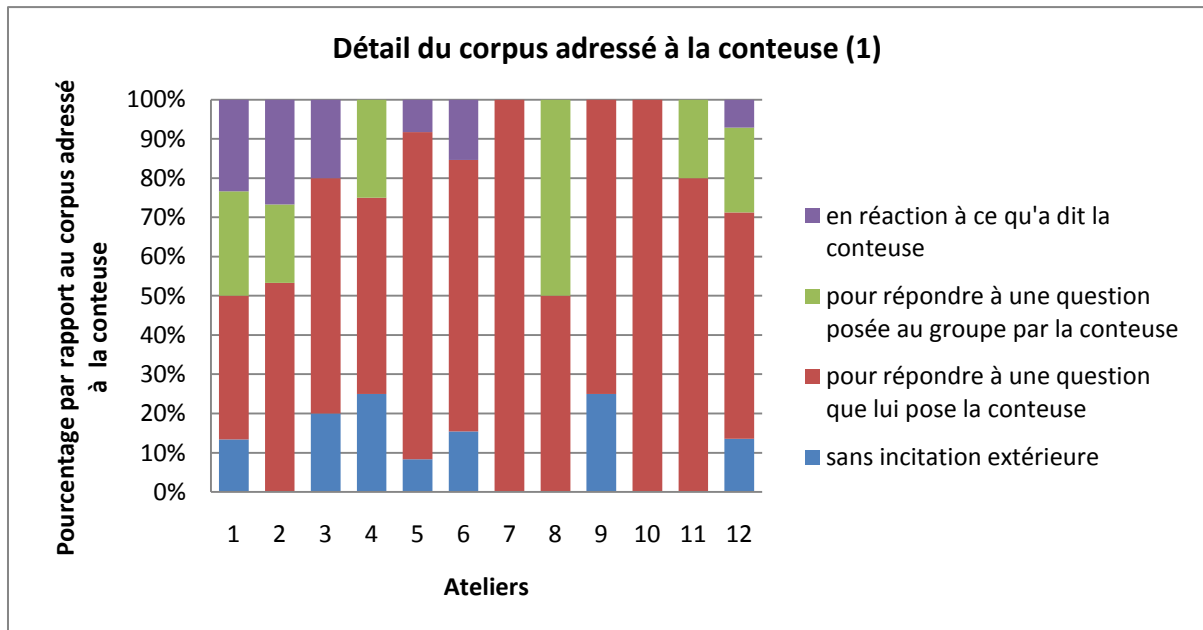


Tableau D4i

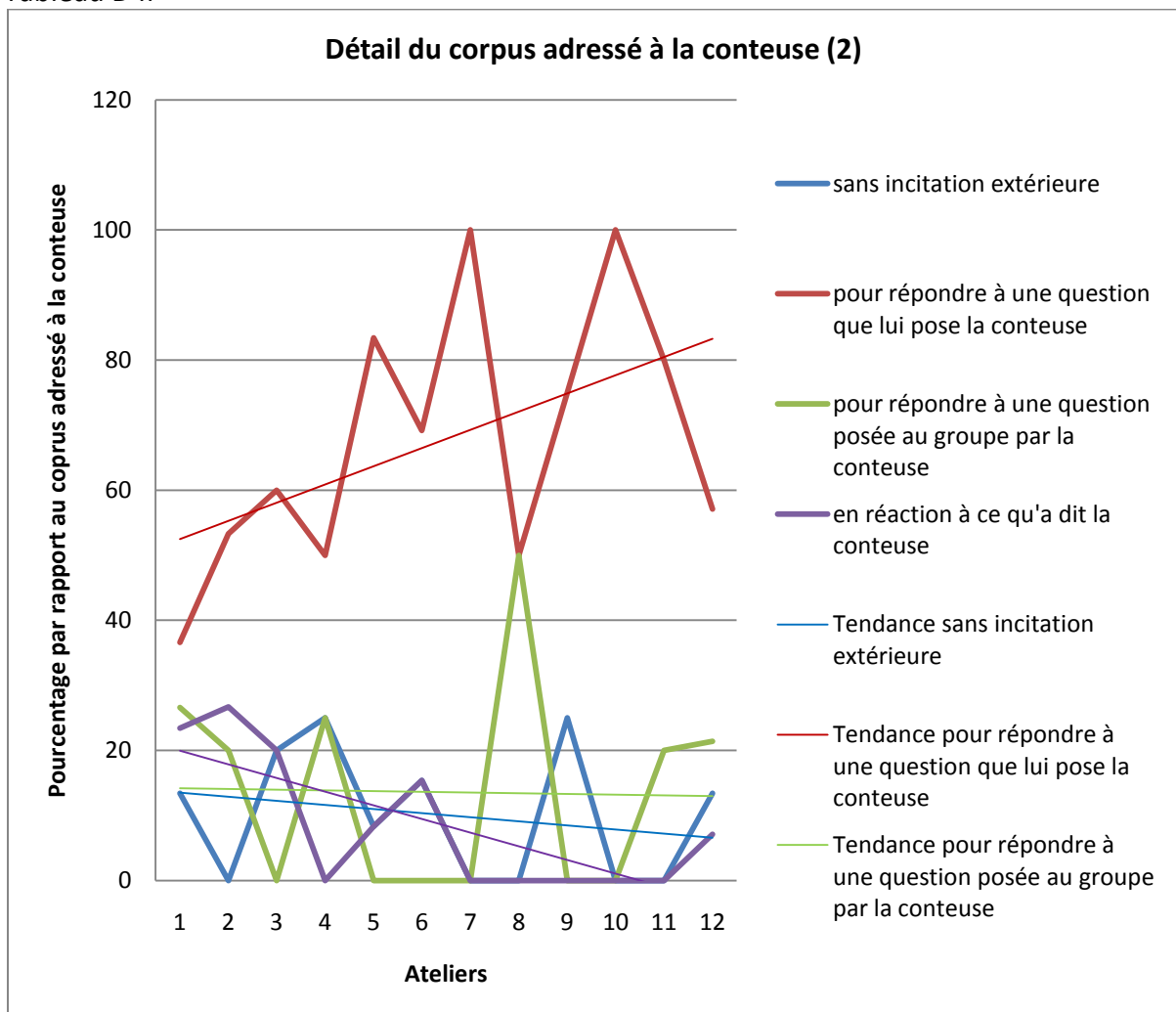


Tableau D5

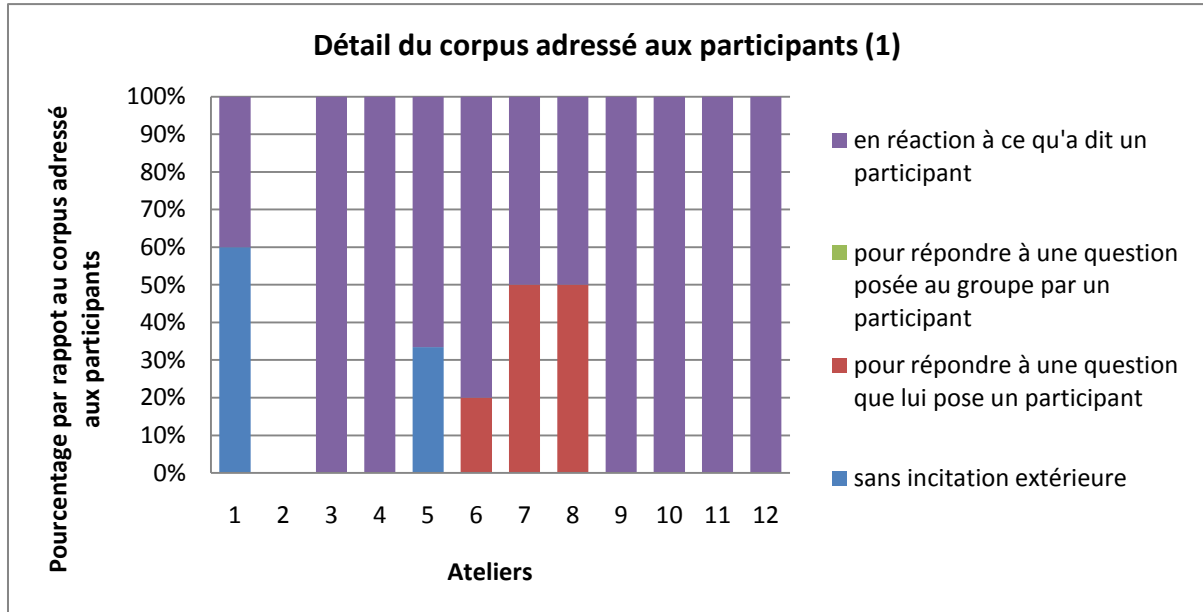


Tableau D5i

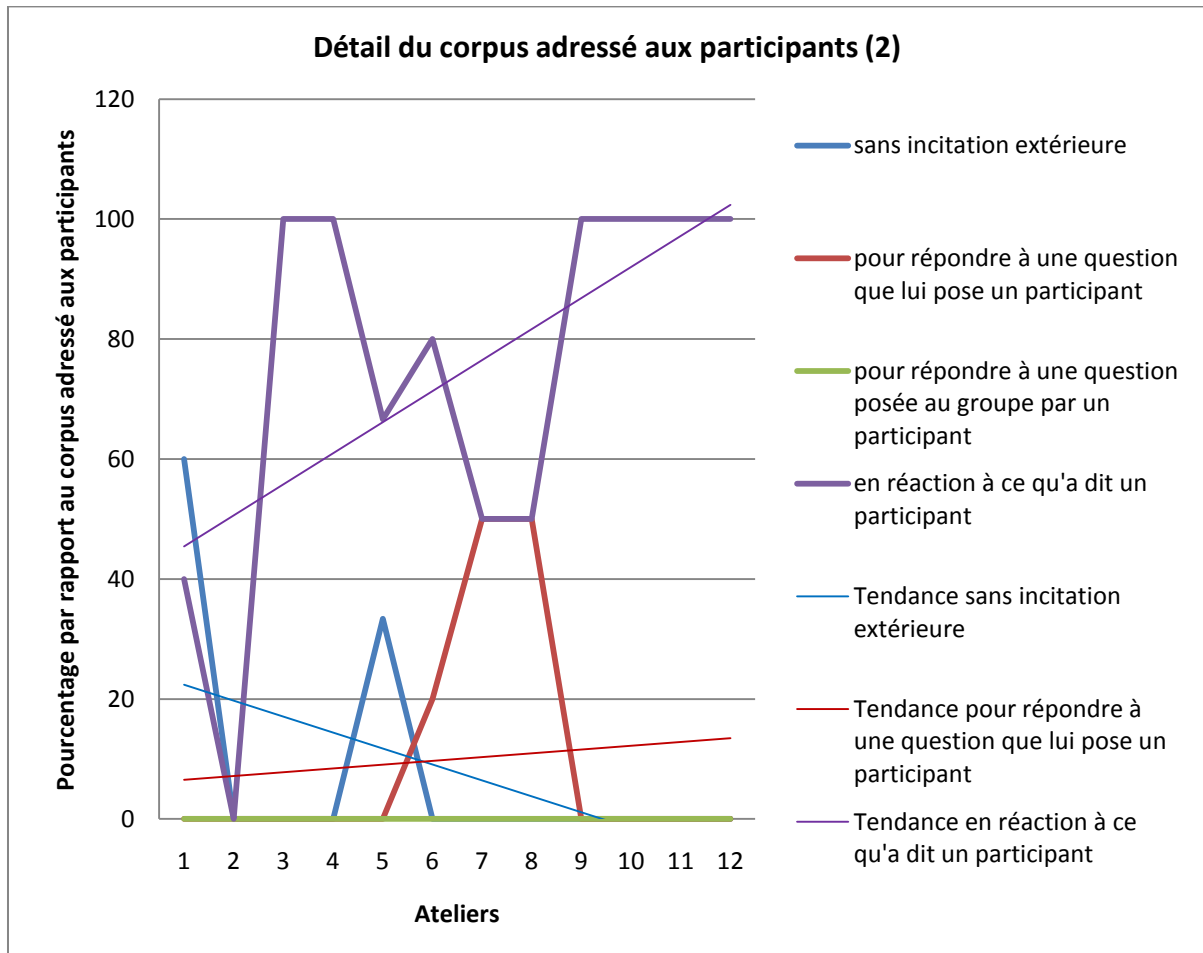


Tableau D6

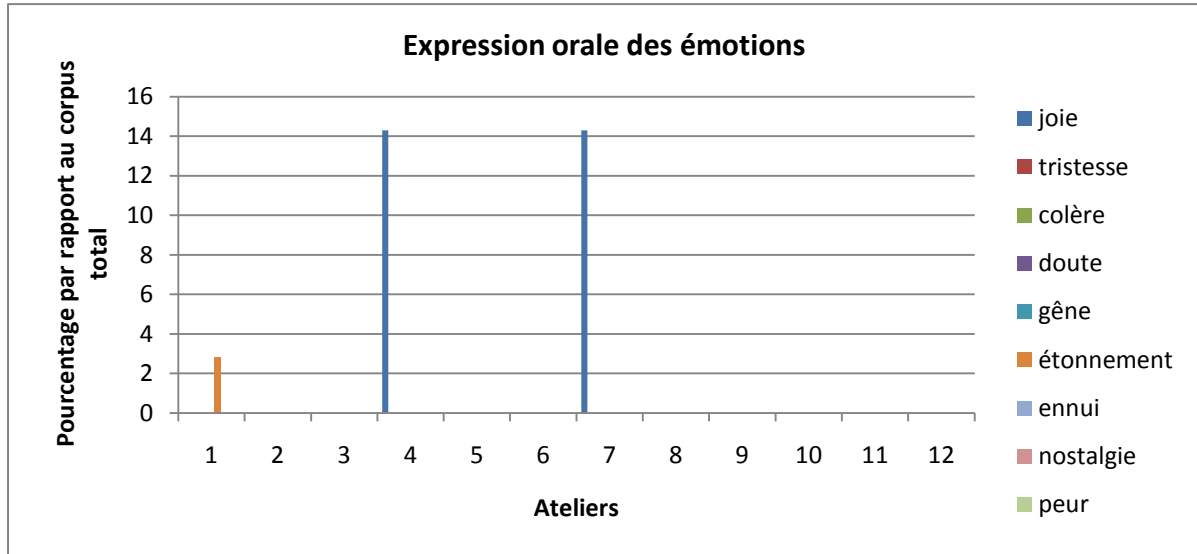


Tableau D6i

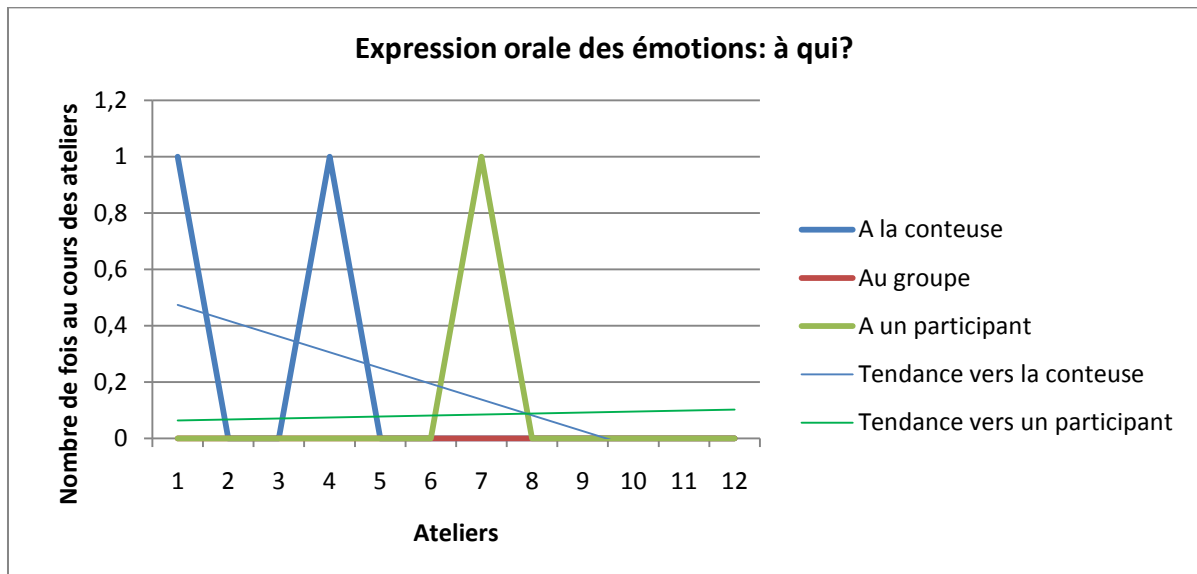


Tableau D7

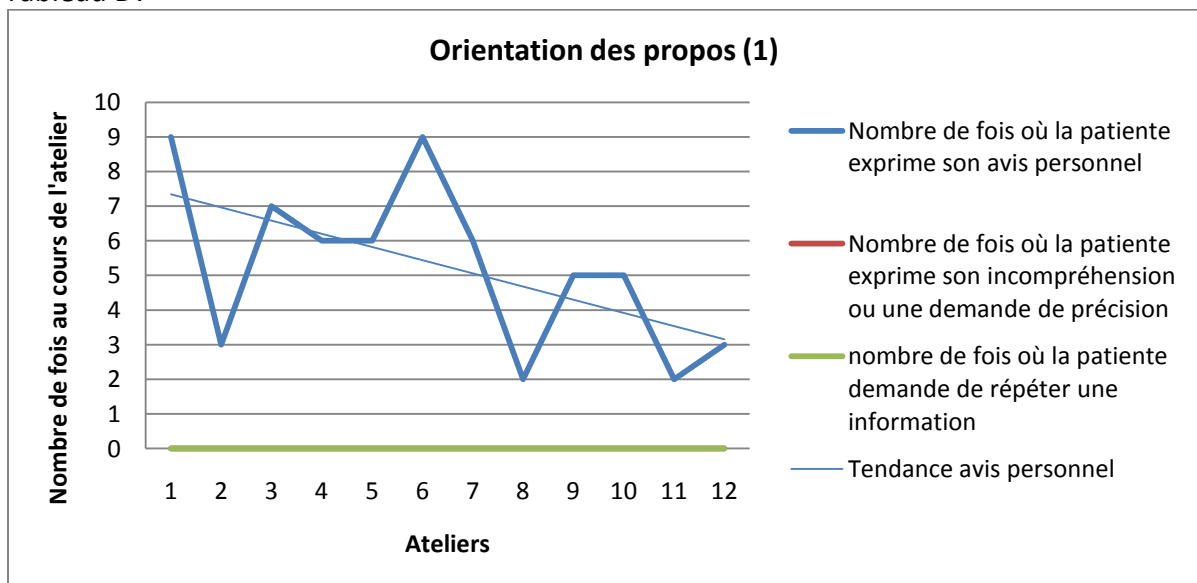


Tableau D7i

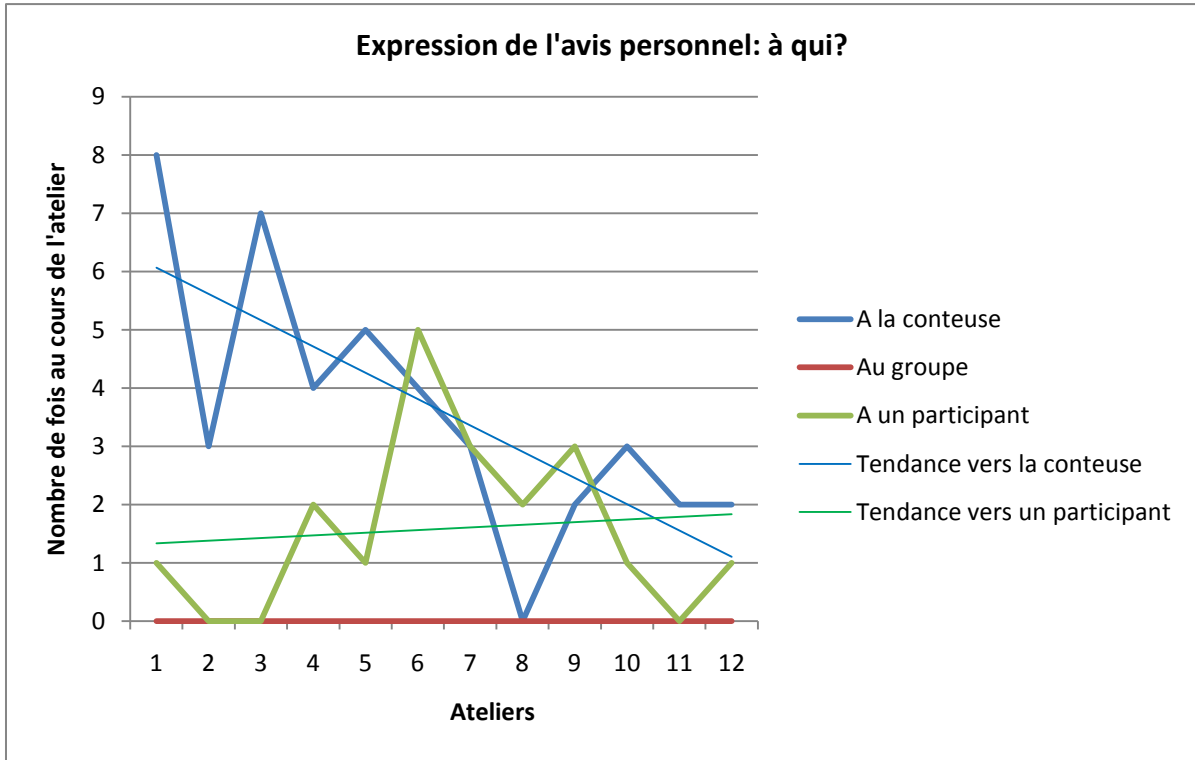


Tableau D8

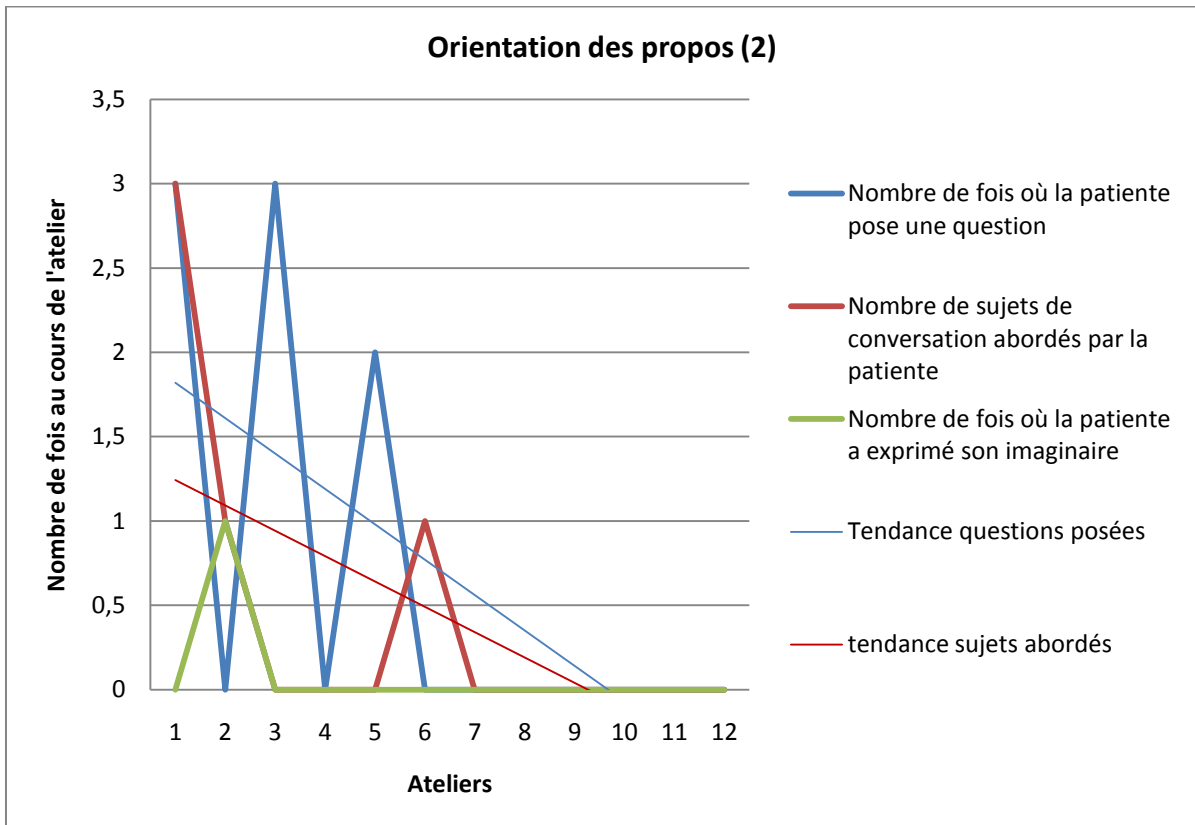


Tableau D8i

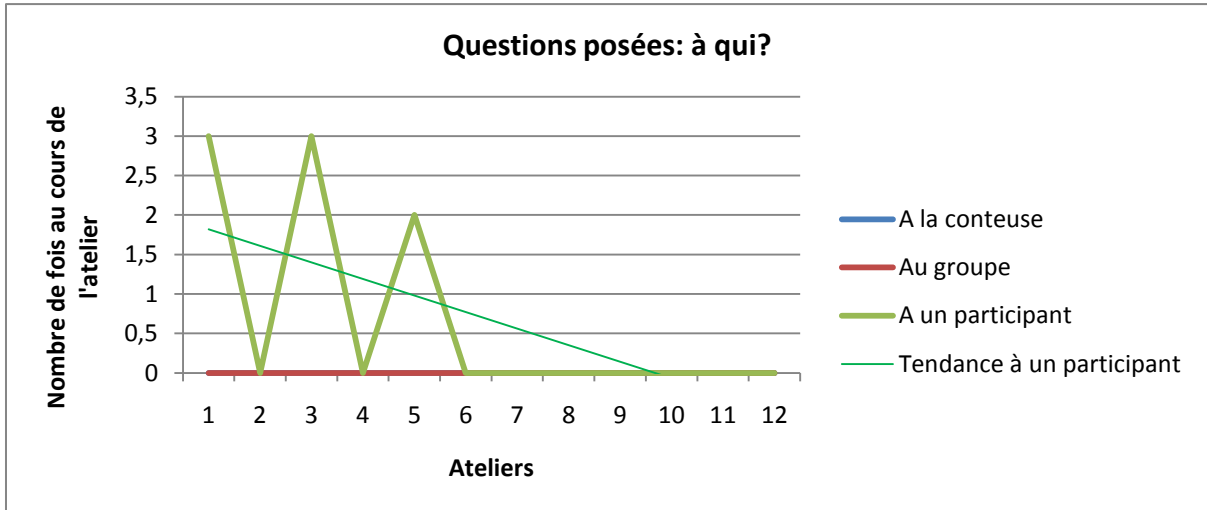


Tableau D8ii

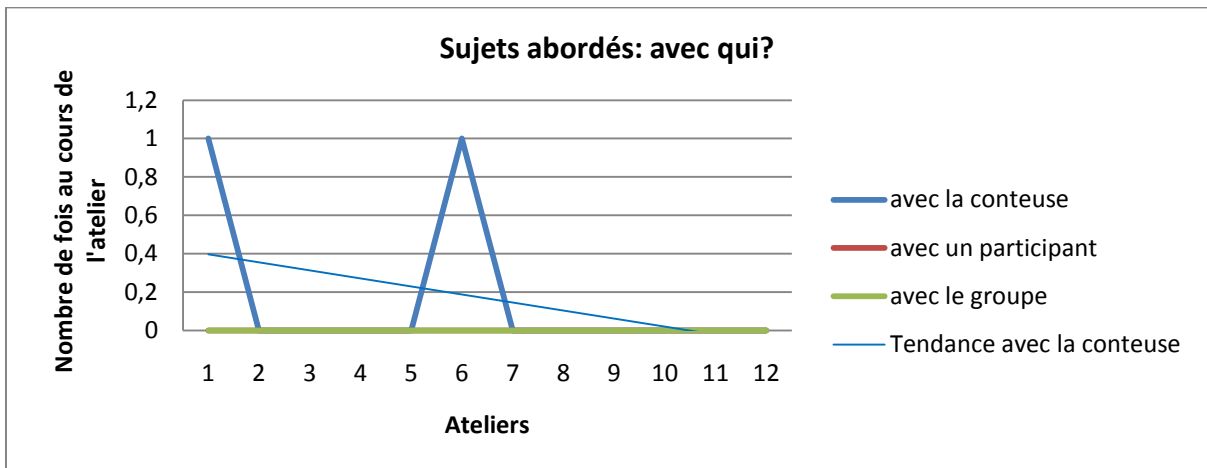


Tableau D9

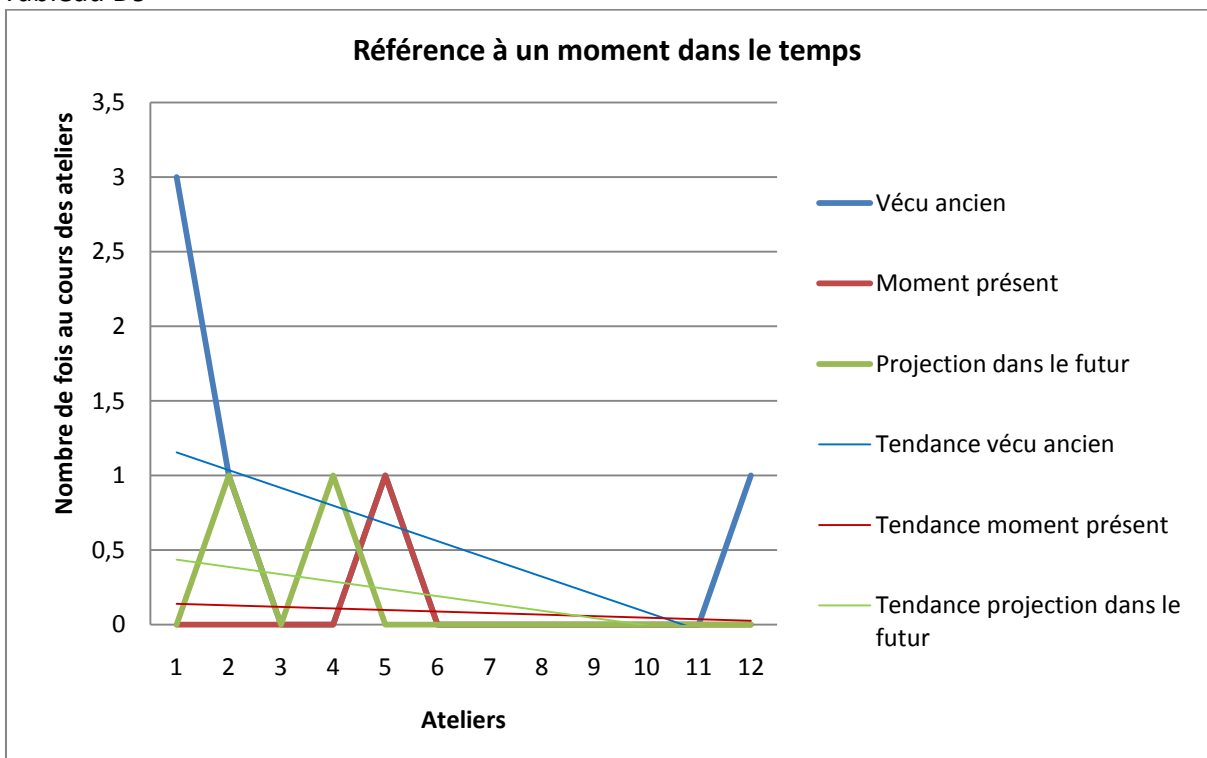


Tableau D9i

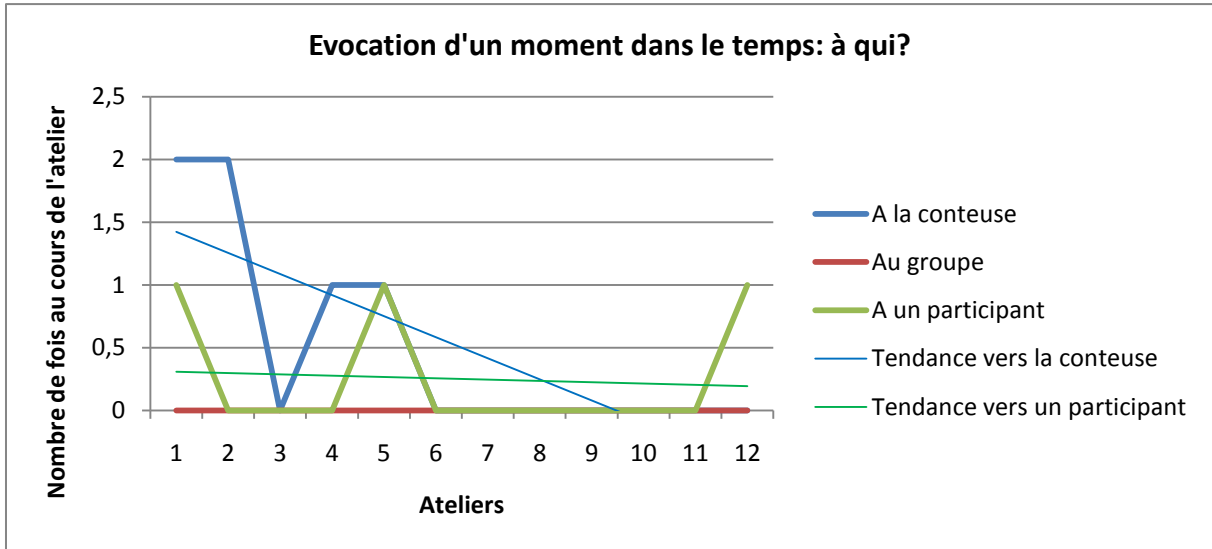


Tableau D10

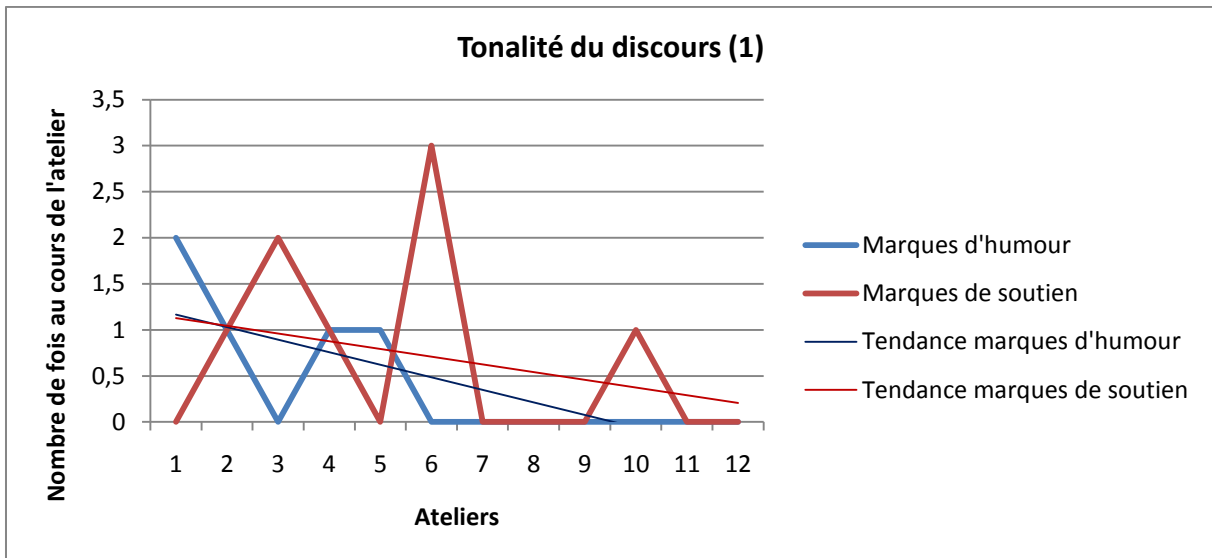


Tableau D10i

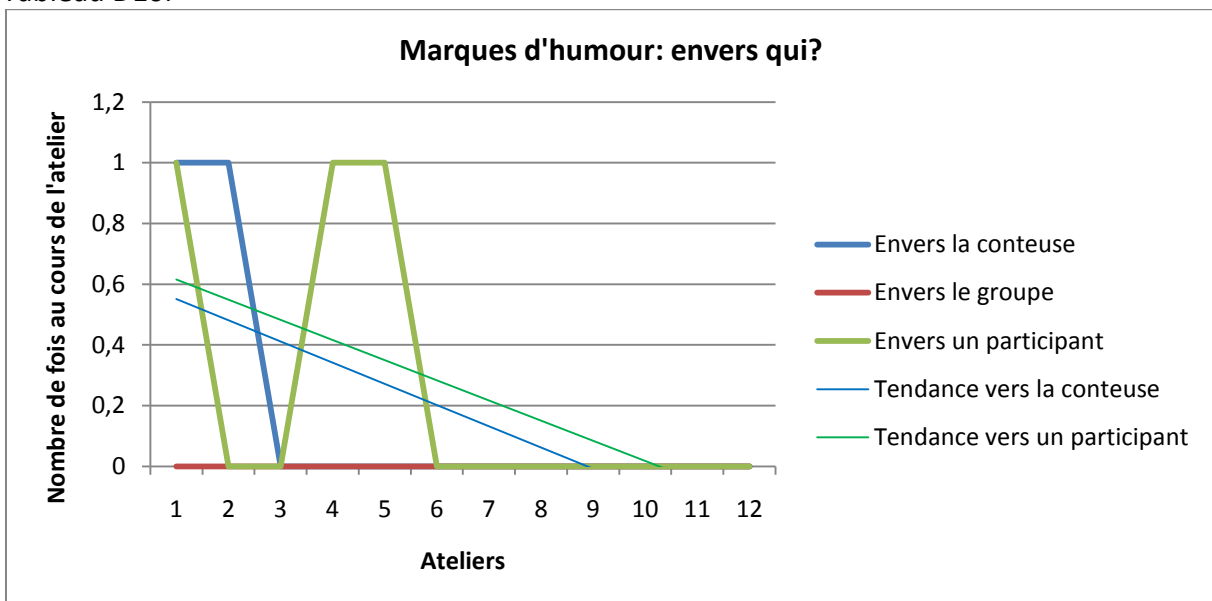


Tableau D10ii

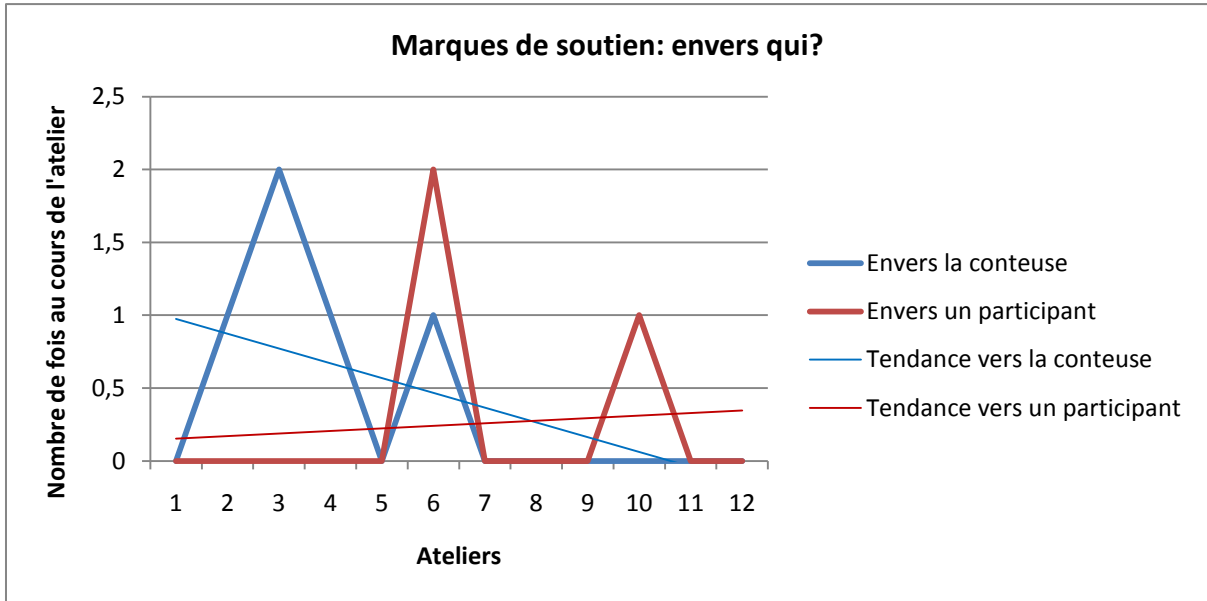


Tableau D11

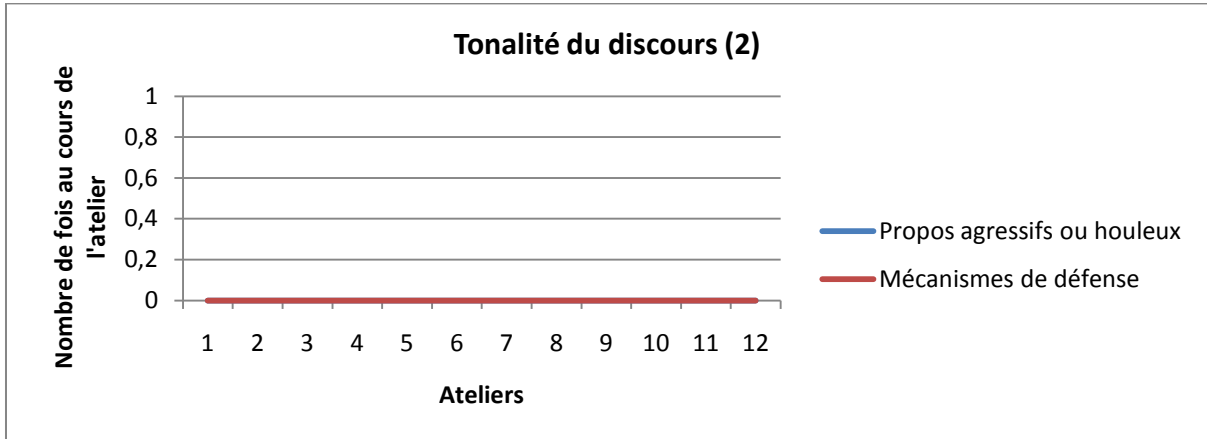


Tableau D12

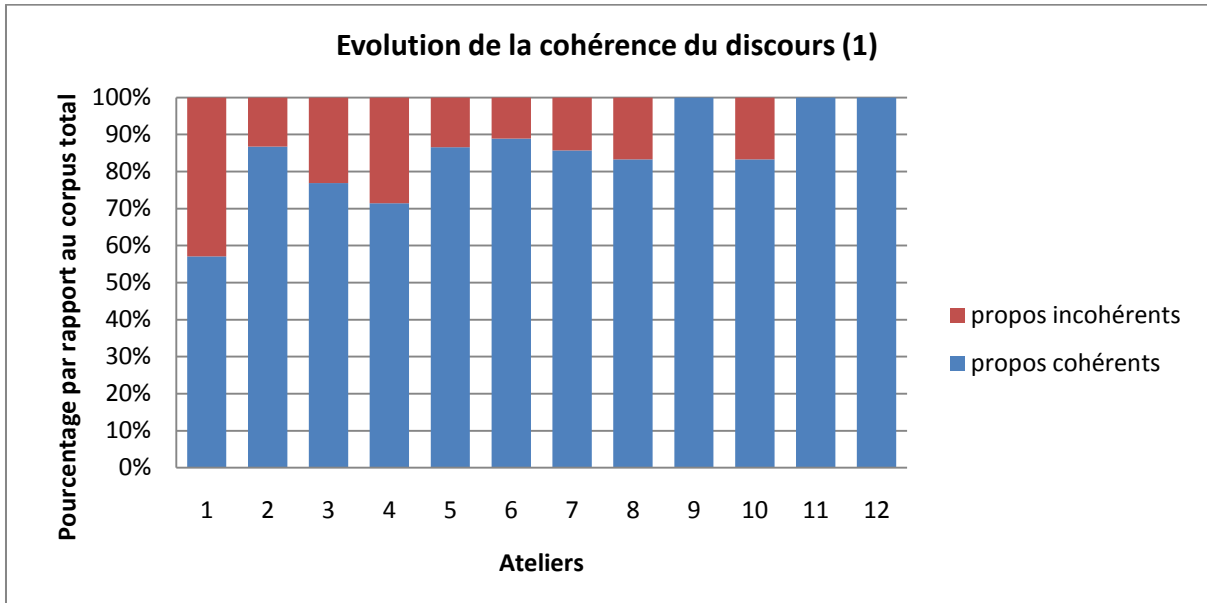


Tableau D12i

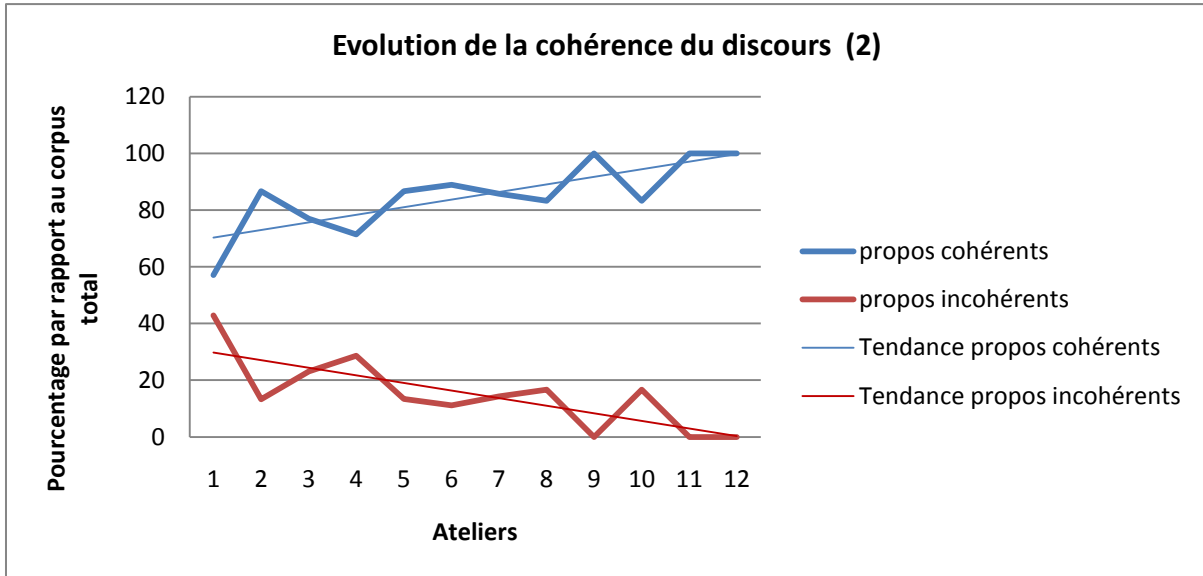


Tableau D13

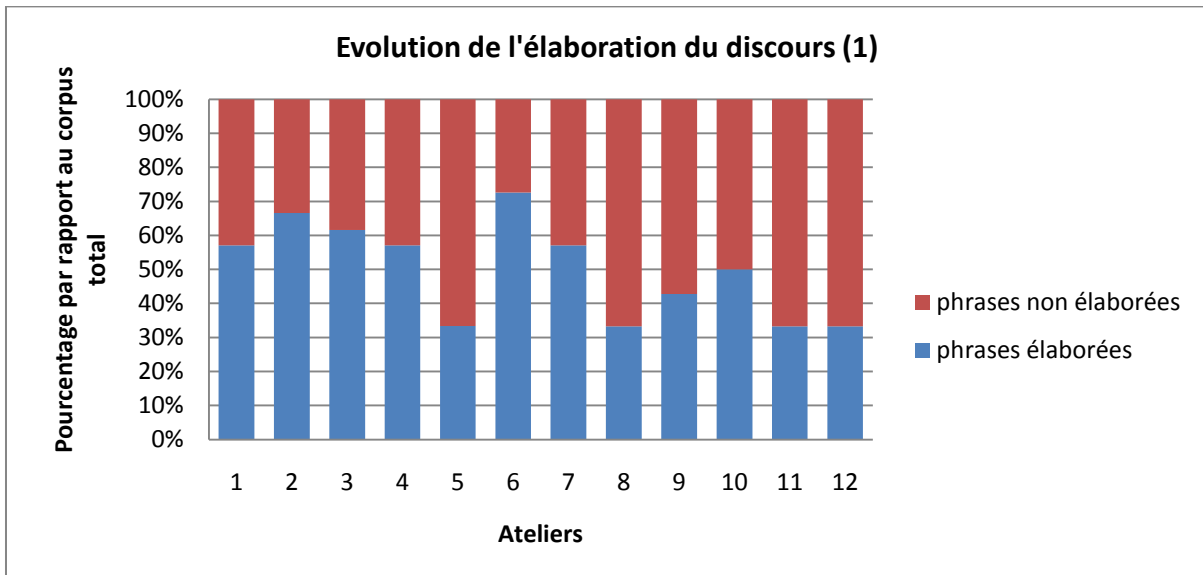


Tableau D13i

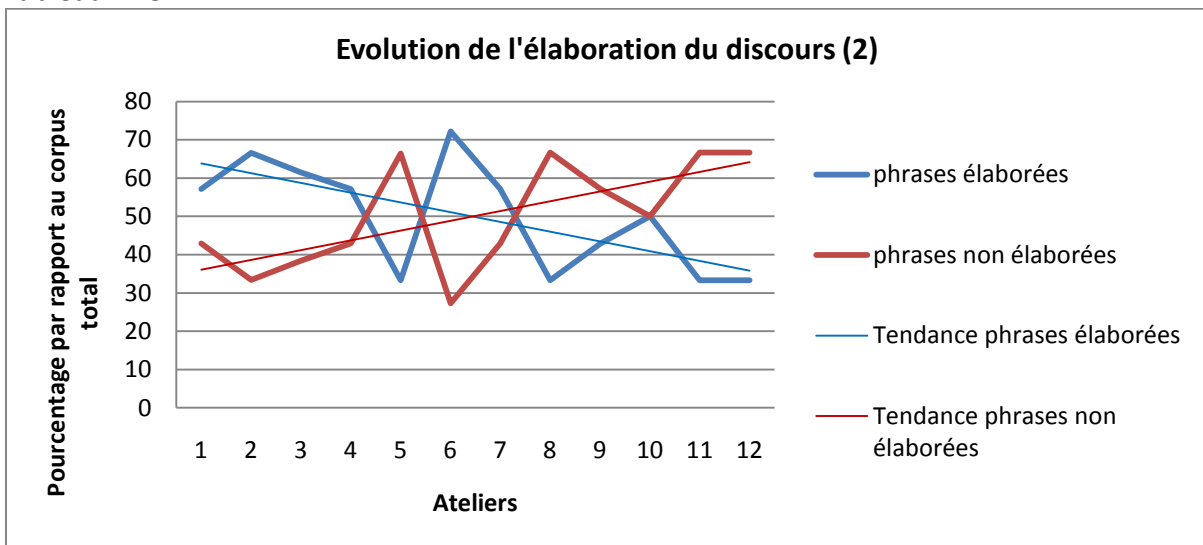


Tableau D14

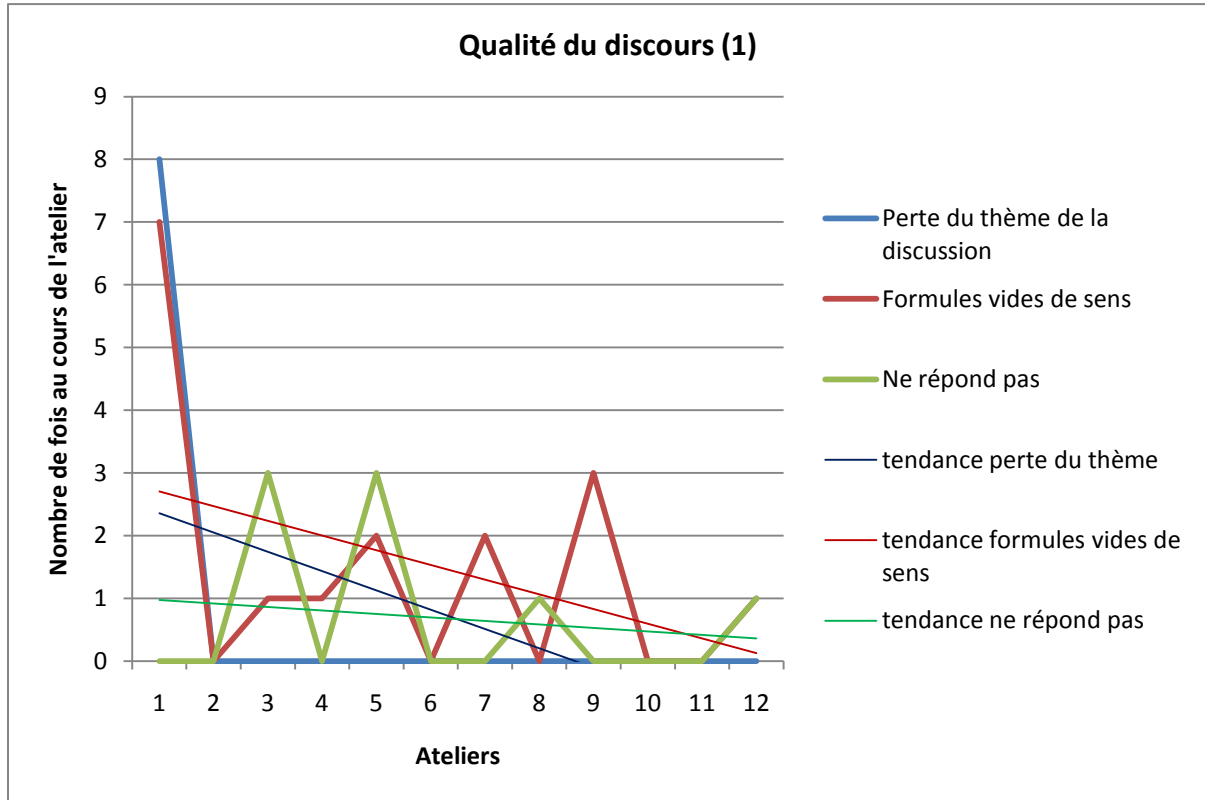
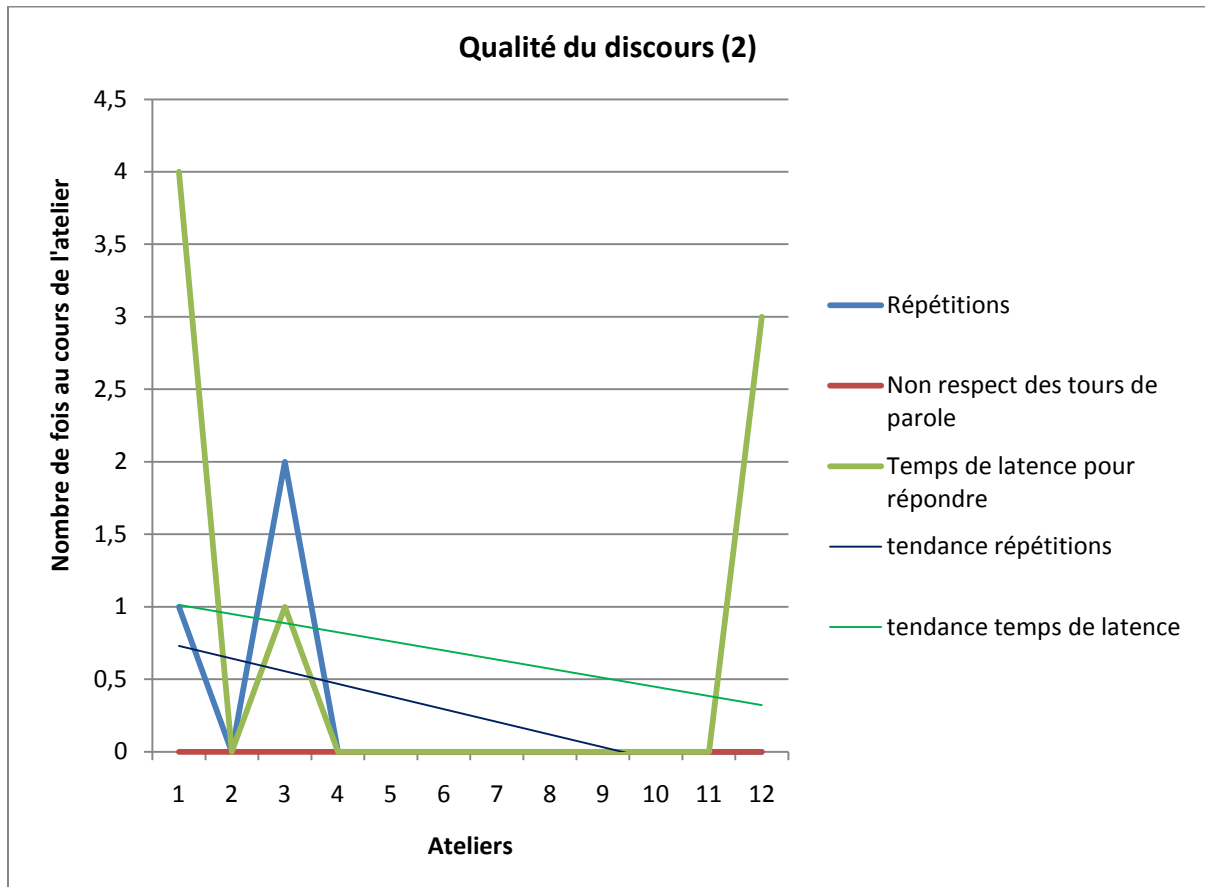


Tableau D14i



RÉSUMÉ

La Démence de Type Alzheimer (DTA) est aujourd'hui la démence la plus répandue. Elle est le sujet de nombreuses études scientifiques et, bien que nous soyons de nos jours capables de proposer des prises en charge médicamenteuses et paramédicales permettant de ralentir sa progression, cette maladie demeure source de questionnements et d'hypothèses quant à son mécanisme et la façon de l'arrêter, voire de l'éviter.

Différentes approches et techniques de soin ont été pensées et essayées avec les sujets atteints de DTA. Parmi elles, nous trouvons l'atelier-conte, récemment proposé à ces sujets et depuis longtemps pratiqué auprès d'enfants et d'adultes en difficultés. Des études récentes se sont penchées sur ce médiateur, mettant en avant ses potentialités sur des patients atteints de DTA.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressée à l'atelier-conte proposé aux personnes atteintes de DTA. Nous avons recensé les recherches menées sur le conte, en reprenant les bases de son histoire, et nous avons essayé d'approfondir ses potentialités quant au domaine de l'expression orale.

Pour ce faire, nous avons proposé un atelier-conte hebdomadaire pendant 5 mois à un groupe de 4 patients souffrant de DTA ou présentant un profil de type Alzheimer. Nous exposons dans ce mémoire les résultats de cette étude que nous avons recueillis et mesurés par le moyen d'une grille d'analyse spécifiquement élaborée.

43934 mots – 34 sources bibliographiques – 196 pages

Mots clés : orthophonie, Démence de Type Alzheimer, atelier-conte, expression orale.